

**HVORDAN KAN BEHANDLERE MED RESPEKT FOR DIALOG
OG PASIENTENS AUTONOMI FREMME OPTIMAL OG REELL
BRUKERMEDVIRKNING HOS PASIENTER PÅ PSYKIATRISK
AVDELING?**

Christine Sommerstedt

**Hovedoppgave i pedagogikk
Profesjonsstudiet**

Høst 2005
Universitetet i Oslo
Det utdanningsvitenskapelige fakultetet
Pedagogisk forskningsinstitutt

SAMMENDRAG AV HOVEDOPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

HVORDAN KAN BEHANDLERE MED RESPEKT FOR
DIALOG OG PASIENTENS AUTONOMI FREMME
OPTIMAL OG REELL BRUKERMEDVIRKNING HOS
PASIENTER PÅ PSYKIATRISK AVDELING?

AV:

Christine SOMMERSTEDT

EKSAMEN:

Profesjonsstudiet i pedagogikk

SEMESTER:

Høst 2005

STIKKORD:

Pedagogisk psykologi
Psykiatri
Brukermedvirkning

PROBLEMSTILLING

Innenfor psykiatrien har begrepet ”brukermedvirkning” vært tillagt økende betydning de siste årene. I Stortingsmelding nr 25 1996-1997 kan vi lese at behandlingen skal ta hensyn til ”pasienten først” (St meld nr 25, 1996-97:25). Hva sier de ulike lovene og forskriftene om det å sette pasienten først, og hvordan vektlegges dette i praksis på et psykiatrisk sykehus?

Dette åpner opp for følgende problemstilling på denne hovedoppgaven. ” Hvordan kan behandlere med respekt for dialog og pasientens autonomi fremme optimal og reell brukermedvirkning hos pasienter på psykiatrisk avdeling?”. Oppgaven tar utgangspunkt i min praksis fra en psykiatrisk avdeling, der jeg opplevde at det var for lite vektlegging av miljøterapiens betydning i behandlingen, og at pasientene fikk for liten anledning til å involvere seg direkte i behandlingen.

Vi har ulike lover og forskrifter som setter formelle krav til brukermedvirkning. Det er blant annet fastslått at pasientens behov skal være utgangspunkt for behandlingen, og at alle psykiatriske pasienter har rett til individuell plan. Denne oppgaven vil diskutere hvorvidt de lover og forskrifter som allerede finnes er tilstrekkelig for å fremme optimal og reell brukermedvirkning. Den vil også diskutere ulike tiltak, og hvordan tiltakene kan fremme optimal og reell brukermedvirkning.

METODE

Denne oppgaven er i utgangspunktet teoretisk. For å belyse teoriene som presenteres i oppgaven, bruker jeg eksempler fra en post ved et bestemt psykiatrisk sykehus. Å reflektere rundt egen praksis kan være en styrke, men det finnes også begrensninger ved en slik tilnærming. Praksisen kan gi retning for hva jeg vil vektlegge i oppgaven, men den kan også stå i veien for en kritisk analyse. Ved å bruke egen praksis som empiri for oppgaven vil det alltid være en fare for at egen forforsåelse vil påvirke hvordan problemstillingen blir drøftet, og at kravet om objektivitet blir svekket. Det vil være vanskelig å tilstrebe en kritisk refleksjon i forhold til hva som bør gjøres for å ivareta et reelt og optimalt brukerperspektiv.

Intensjonen med å bruke min egen praksis for å eksemplifisere teorien, er ikke å si noe generelt om hvordan det er på psykiatriske institusjoner. Hensikten er å gi et bilde av brukervedvirkning slik jeg har erfart den, foreta en analyse av denne erfaringen, for til sist å reflektere rundt hvordan pasientenes vedvirkning kan optimaliseres. Ønske om å være i stand til å generalisere er et ideal i all forskning (Yin 2003:10,38). Siden jeg ikke har foretatt systematisk casestudie ved dette sykehuset, kan mine erfaringer derifra kun brukes til å eksemplifisere teorien. Dette begrenser mulighetene til å generalisere til andre forhold i psykiatrien. Jeg kan derfor ikke trekke videre slutninger utover mine egne erfaringer.

KILDER

Vurderingene i oppgaven bygger hovedsakelig på primærkilder som offentlige skriv, nasjonale styringsdokumenter og bøker og artikler om brukervedvirkning, dialog og målorientering. I enkelte tilfeller er sekundærkilder tatt i bruk, men dette vil komme eksplisitt frem i kildehenvisningene.

HOVEDKONKLUSJONER

Stortingsmelding nr 25 1996-1997 sier at behandlingen skal ta hensyn til ”pasienten først”. En forutsetning for at pasienter skal ha reell brukervedvirkning er at de gis anledning til å involvere seg direkte i behandlingen. Brukervedvirkning blir sett på som et ideal innenfor helsepolitikken, der vage og uklare termer blir brukt.

Brukervedvirkning kan derfor sees på som et verdisystem som sier noe om hvordan det er ønskelig at behandlingen skal foregå. Lover og forskrifter sier lite om hvordan vi skal nå de oppsatte målene eller hvilke midler vi skal ta i bruk for å nå dem. Det må derfor mer enn lover og forskrifter til for å sikre brukervedvirkning. Hvordan personalet ved sykehuset ser på pasientens autonomi og selvforståelse vil være av avgjørende betydning. Å se det andre menneske som et likeverdig subjekt, for videre å gå inn i en likeverdig dialog, er avgjørende for at brukervedvirkning skal være reell. Behandleren må da se pasientens potensialer av retning fri og autonom. I den grad tillitsforholdet utvikler seg til en subjekt-subjekt-relasjon mellom pasienten og behandleren, er det tid for å utarbeide systematiske mål for pasientens bedringsprosess.

Dersom behandleren skal lykkes i sitt arbeid med pasienten, kreves det at de inntar en metaposisjon, eller en selvrefleksivitet i forhold til egne indre prosesser. De må bevisstgjøres på de refleksjoner de foretar seg i hverdagen i sitt arbeid med pasientene. De profesjonelle må reflektere underveis og i etterkant av handling, og de må lære å analysere sin egen praksis.

FORORD

Arbeidet med oppgaven har vært en spennende prosess. Utgangspunktet var min erfaring fra en psykiatrisk avdeling. Erfaringen ga meg inspirasjon til å skrive denne teksten. Der møtte jeg mennesker på min egen alder som hadde vansker med å få dagene til å gå. Mange så ikke lenger meningen med tilværelsen.

Denne oppgaven er avsluttende eksamen i profesjonsstudiet i pedagogikk og er normert til 30 studiepoeng (10 vekttall). Oppgaven har jeg skrevet på i perioder. Jeg har vært i full jobb ved siden av. I ettertid ser jeg at det har vært både fordeler og ulemper med det. Fordelen er at jeg har lagt arbeidet helt bort i perioder. Når jeg etter en tid har tatt den frem igjen, har jeg sett på det jeg har skrevet med et distansert blikk, og deler av teksten har blitt omarbeidet eller strøket. Ulempen er at den endelige oppgaven kan mangle en helhet.

Jeg ønsker å takke de menneskene som har bidratt til at oppgaven har blitt som den har blitt. Først og fremst vil jeg takke tidligere kollegaer og pasienter ved den psykiatriske avdelingen som ligger til grunn for denne teksten. Jeg vil også gi en takk til venner, studiekammerater, Liv Silje, og kjæresten min Kjell Olav, som har hørt på mine tanker og frustrasjoner og som har kommet med fruktbare innspill til innholdet og strukturen i denne oppgaven. Til sist vil jeg takke veilederen min, Svein Robbestad, som har gitt meg inspirasjon, motivasjon og grundige og konstruktive tilbakemeldinger under hele prosessen, samt Arne Kristian Henriksen for gjennomlesning mot slutten av skriveprosessen.

Tusen takk til dere alle sammen!

Christine Sommerstedt
Oslo, september 2005

FORORD.....	7
1.0 INNLEDNING.....	11
1.1 Bakgrunnen for valg av problemområde.....	11
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	14
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	15
1.4 Kilderefleksjoner.....	16
1.5 Oppgavens struktur.....	16
2.0 Å REFLEKTERE RUNDT EGEN PRAKSIS.....	19
2.1 Metodevalg.....	20
2.2 En beskrivelse av posten.....	21
3.0 DEN PSYKIATRISKE PASIENTEN, BEHANDLINGEN OG BRUKERMEDVIRKNING – EN GJENNOMGANG AV SENTRALE BEGREPER.....	23
3.1 Humanistisk psykologi.....	23
3.2 Begrepsavklaringer.....	25
3.3 Hvem er den psykiatriske pasienten?.....	26
3.4 Bedring som mål for behandlingen?.....	27
3.5 Hva er rehabilitering?.....	28
3.5.1 Hva dekker begrepet rehabilitering?.....	30
3.5.2 Hva sier stortingsmeldingen om rehabilitering og habilitering?.....	31
3.5.3 Rehabilitering, habilitering og læring.....	32
3.6 Brukermedvirkning.....	33
3.6.1 Hva sier offentlige lover og forskrifter om brukermedvirkning?	33
3.6.2 Retten til en individuell plan.....	34
3.6.3 Brukermedvirkning som ideologi.....	35
3.6.4 Brukermedvirkning som utvidet begrep.....	35
3.6.5 Reell og optimal brukermedvirkning.....	37
3.7 Autonomi og selvforståelse i psykiatrien.....	38
3.7.1 pasientens autonomi.....	38
3.7.2 Selvbestemmelse	39
3.8 Selvforståelsens betydning for individet.....	40
4.0 DEN GJENSIDIGE DIALOG.....	43
4.1 Betydningen av gode relasjoner: Martin Bubers relasjonsteori.....	43
4.1.1 Pasienten som et subjekt, ikke et objekt	43
4.1.2 Den likeverdige dialogen.....	44
4.1.3 Den likeverdige dialogen – et uopnåelig ideal?	45

4.2 Språket som et utgangspunkt for dialogen.....	46
4.2.1 Vygotkskys teori om språket som redskap for tankene.....	47
4.3 Språkets makt.....	49
4.3.1 Når begrepene mangler.....	50
 5.0 Å SETTE SYSTEMATISKE MÅL.....	 53
5.1 Hvorfor er mål så viktig?.....	53
5.1.1 Mål og håp – to likeverdige begreper.....	54
5.2 Sonen for den nærmeste utvikling som et utgangspunkt for målsettingen.....	54
5.2.1 Anvendelsen av sonen for den nærmeste utvikling i psykiatrien.....	56
 6.0 HVORDAN FREMME REELL BRUKERMEDVIRKNING?.....	 59
6.1 Hvordan en uke kan se ut ved en psykiatrisk avdeling.....	59
6.1.1 Ulike aktiviteter	60
6.1.2 Hva gjør personalet ved avdelingen?	62
6.2 Hvordan ser jeg for meg en optimal uke?.....	62
6.3 Hvordan fremme den gode dialogen i praksis?.....	64
6.3.1 Kan vi snakke om ”Kjemi”?.....	66
6.3.2 Relasjoner til familie og venner.....	67
 7.0 INDIVIDUELLE PLANER – SLIK DE BLIR BRUKT PÅ DET AKTUELLE SYKEHUSET	 69
7.1 Brukermedvirkning forutsetter mer enn en individuell plan.....	70
 8.0 BRUKERMEDVIRKNING – ET DILEMMA.....	 73
8.1 Brukermedvirkning og ansvarsfraskrivelse	74
8.1.1 ”institusjonalisering”.....	76
8.1.2 Ambivalens hos pasienten.....	77
8.2 Vil økte økonomiske bevilgninger være tilstrekkelig for å sikre optimal og reell brukermedvirkning?.....	78
8.2.1 Kompetanseheving av personalet.....	79
8.2.2 Sammensetningen av behandlere.....	81
8.2.3 Nedleggelse av psykiatriske sykehus.....	81
8.2.4 Økte bevilgninger til personer med psykiske lidelser.....	82
8.2.5 Den tillitsfulle alliansen er avgjørende for pasientens bedringsprosess.....	82
 9.0 AVSLUTNING	 85
9.1 Sammenfatning og konklusjoner.....	86
9.2 Hvilke konsekvenser får resultatene for praksis?.....	88
9.3 Hvilke konsekvenser får resultatene for videre forskning?.....	88
 10.0 LITTERATURLISTE.....	 91

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunnen for valg av problemområde

Bakgrunnen for valget av problemstilling var at jeg i perioden fra våren 1999 til julen 2004 jobbet som ekstravakt som miljøterapeut på en rehabiliteringspost ved et psykiatrisk sykehus. Pasientene ved posten har vært lenge innenfor psykiatrien og de fleste hadde diagnosene schizofreni eller angstrelaterte lidelser. Målet med oppholdet var at pasientene skulle bli i stand til å flytte i egen leilighet eller til et omsorgssenter. Selv om jeg har vært ansatt som ekstravakt, har jeg i perioder jobbet mye, og jeg mener jeg har tilbrakt tilstrekkelig tid ved posten til å kunne bruke den praksisen for å eksemplifisere ulike teorier innenfor temaet brukervedvirkning. Jeg ønsker å gjøre rede for min praksis, for så å foreta en analyse av den. Dette vil jeg gjøre som bidrag til å kunne belyse hvordan et psykiatrisk sykehus kan optimalisere pasienters medvirkning i behandlingen. Jeg er også bevisst på at min egen forforståelse lett kan være med å påvirke hva jeg velger å legge vekt på i oppgaven, og at den kan stå i veien for en kritisk analyse av teori og senere drøftingen og diskusjonen.

Begrepet ”brukervedvirkning” har vært tillagt økende betydning de siste årene. I Stortingsmelding nr 25 1996-1997 kan vi lese at behandlingen skal ta hensyn til pasienten først (St meld nr 25, 1996-97:25). Hva sier de ulike lovene og forskriftene om det å sette pasienten først, og hvordan vektlegges dette i praksis på et psykiatrisk sykehus?

Med min systemkritikk av psykiatrien vil jeg på ingen måte si at ingen ting fungerte ved det psykiatriske sykehuset jeg arbeidet ved. Jeg ønsker å skrive denne oppgaven fordi jeg mener det er for liten vektlegging på betydningen av miljøterapien ved psykiatriske sykehus. En pasient kan være innlagt ved en rehabiliteringspost på en psykiatrisk avdeling i flere år. I løpet av dette oppholdet foregår det samtaler med psykiater, og i de fleste tilfeller også med psykolog. Disse samtalene må vurderes som positivt. En innvending er at samtalene opptar kun en liten tid av pasientens tid på sykehuset. Noen pasienter har jevnlige, faste møter, andre pasienter har ikke slike møter med psykolog, og møter kun psykiateren sporadisk (dersom det er en

forverring i sykdommen, medisiner må forandres på eller liknende). Jeg vil ta for meg hvilke muligheter som foreligger for behandling av pasienten i det miljøet pasienten til en hver tid befinner seg i på sykehuset. Slik jeg ser det foregår det en kontinuerlig påvirkning av pasienten i det tidsrommet han bor på sykehuset. I dette ligger det at aktiviteter som måltider, utflukter, tv-titting, arbeidsbanken og så videre også bør defineres som en del av det totale tilbudet.

Hva bruker pasientene tiden til? I løpet av dagen deltar pasientene i ulike aktiviteter ved sykehuset. Dette kan være vedbank, industri eller å bake kake til fredagens permkaffe. Hva de ulike aktivitetene konkret innebærer er noe jeg kommer tilbake til senere i oppgaven. Hva er det så jeg mener er galt med disse aktivitetene? Det er ikke aktivitetene i seg selv jeg mener er kritikkverdige. Det er den manglende målsettingen med selve aktiviteten som utføres. Pasienten pakker julekort ned i esker, men han forstår kanskje ikke hvorfor han gjør det. Av behandlerne har han lært at det ikke er bra om han ligger i senga hele dagen, og hvis han ønsker å bli frisk må han delta på aktiviteter. Bevisstgjøringen om hvorfor pasientene skal delta i bestemte aktiviteter vil jeg drøfte i oppgaven. Som bakgrunnspremisser vil jeg vektlegge at mennesket trenger mål for å se meningen med livet. Mål er forutsetningen for handlingsvalg. Når vi har et mål, vil vi også være i stand til å foreta handlingsvalg som er med på å styre oss i fastsatt retning.

Noen psykiatriske pasienter har hatt så store psykiske vansker at de i liten grad har vært i stand til å se klart for seg hvilke mål de ønsker for livet sitt. Andre pasienter har, en gang i tiden, hatt mål for hvor de ønsker seg, men sykdommen har kommet i veien for å nå disse. Felles for de fleste av disse pasientene er at deres liv har vært fylt av så mye smerte at det ikke har vært plass til selvrealisering. Det er det behandlerne ved sykehuset skal medvirke til. Sammen skal pasient og behandlere finne frem til disse målene. De felles mål må være utgangspunkt for behandlingsplanen.

De siste årene har det blitt understreket hvor viktig det er med brukermedvirkningen i psykiatrien. I stortingsmelding nr. 25 1996-97 heter det at behandlingen skal ta hensyn til ”pasienten først” (St meld nr 25, 1996-97:25). For at pasienter skal ha reell brukermedvirkning må de gis anledning til å involvere seg direkte i den behandlingen

som foregår når de er innlagt. Dette forutsetter at det gis autonomi til den enkelte pasient. Med autonomi, mener jeg retten til å velge, altså retten, eller friheten, til å velge mål for fremtiden. Videre må pasienten være med på å bestemme hvordan han konkret skal nå disse målene. Hvordan kan sykehuset legge til rette for at pasientene i størst mulig grad skal kunne bestemme over sitt eget liv slik at han føler at han er et autonomt individ? Dette vil bli drøftet videre i selve oppgaven. Det finnes ulike synspunkt på hva frihet er, og hva den består av. Hvilke valgmulighet ligger i det å få velge mellom å hugge ved eller å gå en tur? Eller har pasienten først frihet når han selv aktivt er med på å utforme planene som er med på å styre hva slags behandling han skal ha mens han er innlagt? Spørsmålet blir hva frihet betyr for den enkelte pasient, og hvilke grenser for autonomi som bør gjelde. For at pasienten skal kunne svare på dette må han vite hva det er som fungerer best for han. Det at pasienten er på institusjon setter i seg selv grenser. Ideelt sett må grensene for autonomi utforskes, men det vil ikke være mulig å gi pasienten full autonomi. Det vil være nødvendig at behandlerne griper inn og setter grenser for pasienten. Dette må skje når pasienten selv er så dårlig at han ikke kan sette grenser for seg selv.

Reell og optimal brukermedvirkning kan først oppnås når behandlerne ser på pasienten som et selvstendig individ som får lov til å mene det han mener og som får ta egne beslutninger. Behandlernes oppgave er at de, i samspill med pasienten, skal legge til rette for at pasienten, slik at pasienten kan arbeide mot de målene han har satt seg. Arbeidet med å finne frem til målene må skje gjennom dialog mellom behandlere og den enkelte pasient. Dette kan gjøres ved at de sammen rekonstruerer pasientens tanker om sitt eget liv, og med utgangspunkt i disse arbeider seg frem mot en plan der veien til målet kartlegges. En premiss for en slik planlegging er at man vurderer mennesket som et individ som selv aktivt kan konstruerer sin selvforståelse og viser at det er mulig å rekonstruere denne.

Det finnes visse forutsetninger som må ligge til grunn for at det skal det skal være mulig for å nå dialog. Dette er forutsetninger som behandleren hele tiden må være seg bevisst i sitt samarbeid med pasienten. En av de viktigste er behandlerens evne til å vurdere sin delaktighet i et metaperspektiv.

Det kan være lett for de som jobber i psykiatrien å skylde på at det ikke finnes tid og ressurser for å legge til rette for brukermedvirkning. Hva kan gjøres for at dette kan løftes opp til et minimumsnivå? Jeg tar sikte på å skrive en oppgave som skal kunne brukes som et refleksjonsgrunnlag for hvordan behandlerne ved sykehuset kan samtale med pasientene. Et av målene er å formidle hvordan de ansatte, når de er sammen med pasienten også må innta en metaposisjon, eller en selvrefleksivitet i forhold til prosesser i sitt eget selv. Dette er en holdning som må integreres (Schibbye:1998:163). Bevissthet om egen delaktighet i relasjoner øker evnen til å se pasienten som et selvstendig individ. Tanken er at denne metaposisjonen er en forutsetning for å se det selvstendige individet i pasienten. En rimelig antagelse er at det er først når personalet ser individet i pasienten at reell brukermedvirkning er til stede.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstilling:

Hvordan kan behandlere med respekt for dialog og pasientens autonomi fremme optimal og reell brukermedvirkning hos pasienter på psykiatrisk avdeling?

Målet med oppgaven:

I stortingsmelding nr. 25 1996-97 heter det at behandlingen skal ta hensyn til ”pasienten først” (St meld nr 25, 1996-97:25). Ved å ta utgangspunkt i dette utsagnet, og behandlernes rolle på en psykiatrisk avdeling, ønsker jeg å skrive en oppgave som gjør det mulig å se:

- I hvilken grad er det mulig å la den dialogiske samtale og pasientens autonomi ligge til grunn for behandlingen?
- Hvorfor miljøterapien, med utgangspunkt i pasientens målsettinger, bør ha en mer sentral plass i bedringsprosessen til pasienten.
- Betydningen av å reflektere rundt egne handlingsmønstre og praksis.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Innenfor psykiatrien er det behov for at alle de faglige tradisjonene blir ivaretatt. Dette for at de ulike tradisjonene kan supplere hverandre og korrigere hverandre. De ulike retningene har sin egen historiske utvikling, sine grunnbegreper og sine anvendelsesfelt. De som arbeider på psykiatriske sykehus kan ha mulighet til å kombinere det de selv finner av styrker innenfor hver retning slik at de kan bruke elementer fra ulike retninger i sin behandling.

Denne oppgaven vil ha elementer fra ulike retninger innen for psykologien. Siden den humanistiske tradisjonen legger særlig vekt på at personlig utvikling gjennom valg står sentralt i psykologisk praksis, vil elementer fra denne tradisjonen få en særlig plass i oppgaven. Dette betyr ikke at andre perspektiver innen for psykologien ikke kan være relevante. Det humanistiske perspektivet forhindrer ikke at sykehuset jobber ut i fra et systemperspektiv. Vi kan forene tanken om å vektlegge individets frihet og utstrakt bruk av dialog i behandlingen, med tanken om at også pasientens familie må spille en sentral rolle i behandlingen. Den biologiske faktor, og bruken av medisiner, ser jeg som et område som ligger utenfor oppgaven.

Det finnes en del litteratur som retter seg mot brukermedvirkning i forhold til psykiatriske pasienter. Det meste av det som er skrevet omfatter pasienter som er skrevet ut av institusjon og som nå bor i egen bolig. Det finnes ikke mange kilder som omhandler brukermedvirkning i miljøterapien på psykiatriske institusjoner. Det som er av litteratur på dette området omhandler i all hovedsak pasientens rett til individuell plan, og omtaler hvordan brukermedvirkning kan sikres gjennom en slik plan.

Først og fremst ønsket jeg å skrive en empirisk oppgave. Tiden vi hadde til rådighet var en faktor som gjorde at jeg endret planen. En annen faktor er den sterke beskyttelsen av personvernet i helsesektoren. Det ville blitt vanskelig for meg å få tillatelser til å gjøre empiriske undersøkelser ved et psykiatrisk sykehus. Jeg tok derfor avgjørelsen om å skrive en teoretisk oppgave.

1.4 Kilderefleksjoner

Som grunnlag for oppgaven brukes offentlige skriv, nasjonale styringsdokumenter og litteratur om brukervedvirkning, dialog og målorientering.

Deler av den litteraturen og forskningen jeg har valgt å ta utgangspunkt i, er ikke spesifikt rettet mot psykiatrien. Dette er teorier som generelt sier noe om blant annet mellommenneskelig samhandling og menneskets språkutvikling. Under veis vil jeg drøfte hvorvidt disse teoriene er praktisk-pedagogisk nyttige for å fremme optimal og reell brukervedvirkning i psykiatrien.

Når det gjelder kildehenvisninger har jeg, så langt det har vært mulig, benyttet meg av primærkilder. I enkelte tilfeller har det ikke latt seg gjøre å finne frem til primærkildene, og det har blitt nødvendig å henvise til sekundærkilder. De gangene sekundærkilder er tatt i bruk, vil dette komme eksplisitt frem i kildehenvisningen. Ulempen med sekundærkilder er at de har gått igjennom flere bearbeidelser og tolkningsprosesser slik at faren for forvrengninger av informasjonen øker. En sekundærkilde vil da bli stående i gjeld til en annen kilde (Kjeldstadli 2003:177ff).

Noen av bøkene jeg har lest er i utgangspunktet skrevet på andre språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk. I disse tilfellene har jeg lest oversatt litteratur.

1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven er grovt inndelt i to, der den første delen tar sikte på å belyse og drøfte hvordan optimal og reell brukervedvirkning kan fremmes ut fra ulike tilnærminger. Disse tilnærmingene er først og fremst ulike lover og forskrifter, selvforståelsesteori, dialogteori og målorienteringsteori. I den andre delen av oppgaven vil jeg, ved å bruke en psykiatrisk avdeling som case, diskutere hvordan reell og optimal brukervedvirkning kan fremmes ut fra de nevnte perspektivene. Drøfting og diskusjon rundt problemstillingen vil primært foretas i oppgavens andre halvdel. Dette utelukker ikke at det vil være noe drøfting i oppgavens første del. De steder der

det faller seg naturlig å problematisere argumenter og teorier som presenteres, vil dette bli gjort. Dette for bedre struktur og helhet i oppgaven.

Kapittel to innledes med en presentasjon av Donald Schön (2002) sin teori om viktigheten av å reflektere rundt egen praksis. Deretter presenterer jeg en refleksjon rundt mitt eget metodevalg, før jeg kort presenterer den psykiatriske avdelingen jeg har min praksis fra.

I kapittel tre redegjøres for aktuelle lover, forskrifter, begreper og litteratur som kan være nyttige for å diskutere hvordan vi best kan fremme optimal og reell brukervedvirkning.

I kapittel fire redegjøres det for hvilken betydning dialogen bør ha i miljøterapien. Her bruker jeg Martin Bubers relasjonsteori som vektlegger betydningen av et subjekt-subjekt-forhold mellom den profesjonelle og pasienten. Buber mener at det er først når et slikt forhold er til stede at ekte dialog kan finne sted. I dette kapittelet vil jeg drøfte hvor vidt det er mulig å overføre subjekt-subjekt-relasjonen til forholdet mellom pasient og behandler.

I kapittel fem vil det igjen bli tatt opp kriterier for reell og optimal brukervedvirkning. Ved å redegjøre for Victor Frankl (1974) sin teori om hvorfor det er helt nødvendig å ha et mål, eller en mening med livet for å vite hvorfor vi lever, vil jeg vise hvordan pasienten og de profesjonelle kan komme frem til hvilke mål pasienten skal sette for oppholdet på institusjonen. Videre vil jeg bruke Lev Vygotsky (1999) sin teori om ”Sonen for den nærmeste utvikling” som utgangspunkt for å belyse viktigheten av veilederens rolle for å kartlegge pasientens evner når målene skal utarbeides.

Fra kapittel seks og utover kommer selve drøftingen og diskusjonen i oppgaven. I denne delen vil jeg bruke min praksis fra den bestemte psykiatriske avdelingen til å drøfte hvordan det kan være mulig å legge til rette for optimal brukervedvirkning i miljøterapien. Underveis vil jeg presentere konkrete eksempler på hvordan dette kan gjennomføres i praksis. Presentasjonen av denne avdelingen gir underlagsmateriale for å drøfte de synspunkter jeg har presentert i foregående kapitler. Ved å løfte ut et

slikt erfaringsmateriale ønsker jeg å gi inspirasjon til ny praksis. En praksis som må ta høyde for optimal og reell brukermedvirkning. Kapitlet starter med å beskrive hvordan en uke kan se ut ved en psykiatrisk avdeling både for ansatte og pasienter. Videre diskuterer jeg bruken av individuelle planer, før jeg til slutt diskuterer hvorvidt brukermedvirkning også kan sees på som et dilemma.

I kapittel ni, avslutningskapitlet, samler jeg trådene fra de ulike tilnærmingene til hvordan optimal og reell brukermedvirkning kan fremmes. I dette kapitlet ser jeg på hvilke konsekvenser resultatene får for praksis, før jeg avslutter med å si noe om hvilke konsekvenser resultatene i denne oppgaven kan få for videre forskning.

2.0 Å REFLEKTERE RUNDT EGEN PRAKSIS

Arbeidet ved avdelingen har gitt meg rom for refleksjoner i konkrete handlingssituasjoner og i etterkant av handling. Donald A. Schön kaller dette "*reflection in action*" og "*reflection in action*" (Schön 1991:49ff).

Ofte kan vi ikke sette ord på den kunnskapen vi er i besittelse av. Dette er taus kunnskap som er utviklet gjennom det daglige arbeidet og som det kan være vanskelig å beskrive fordi vi har gjort den samme handlingen så mange ganger at vi ikke lenger tenker over hva det er vi konkret gjør når vi utfører arbeidet. Vi handler spontant uten å tenke over hva det er vi faktisk foretar oss når vi utfører handlingen. Vi kan ikke forklare hvorfor vi handler som vi gjør. Slike overlærte handlinger som ligger automatisert i oss og som er preget av rutinemessige gjentakelser kaller Schön "*knowing in action*". Når vi reflekterer over disse handlingene kaller han det "*reflection in action*" (Schön 1991:54). Dette gjøres ved å tenke over vårt eget handlingsmønster. Dette kan vi gjøre ved å stille oss spørsmål av typen hva var det jeg gjorde da jeg lyktes med en bestemt handling, eller hva var det som gjorde at jeg mislyktes. Det er først når vi er i stand til å reflektere over egen praksis at vi kan kritisere den og dermed forandre vårt eget handlingsmønster (Schön 1991:61ff). Den profesjonelle kan gjennom refleksjon lære å kritisere sin egen forståelse, den forståelsen som han har utviklet gjennom de repeterende erfaringer i praksisen (Dale 1999:217).

Det er ikke alltid like enkelt å reflektere under selve handlingssituasjonen. Det er situasjoner som ikke gir oss rom til å stoppe opp og tenke over hva det er vi faktisk gjør. Det kan for eksempel oppstå en situasjon der vi må handle så raskt at vi ikke har tid til refleksjon. I slike situasjoner der vi blir utsatt for handlingstvang må vi reflektere i etterkant av handlingen. Dette kaller Schön for "*reflection on action*" (Schön 1991:278ff).

Med bakgrunn i Schön sin teori om at vi må reflektere over vår egen praksis vil jeg gjennom å bruke min egen erfaring ved en psykiatrisk avdeling vise hvordan hverdagen kan se ut for pasientene ved denne avdelingen. Underveis vil jeg stille spørsmål til denne praksisen blant annet ved å presentere ulike forslag for hvordan

man bedre kan fremme reell brukermedvirkning ved denne avdelingen. Ønsket mitt er at profesjonelle som arbeider ved lignede institusjoner skal ta seg tid til å stoppe opp og reflektere over hvorfor den enkelte handler som hun gjør i ulike situasjoner.

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er i utgangspunktet teoretisk. For å belyse teoriene som presenteres i oppgaven, vil jeg bruke eksempler fra en post ved et bestemt psykiatrisk sykehus. Å reflektere rundt egen praksis kan være en styrke, men det finnes også begrensninger ved en slik tilnærming. En slik forforståelse gir retning for hva jeg vil vektlegge i oppgaven, men forforståelsen kan også stå i veien for en kritisk analyse. Ved å bruke egen praksis som empiri for oppgaven vil det alltid være en fare for at egen forforsåelse vil påvirke hvordan problemstillingen blir drøftet, og at kravet om objektivitet blir svekket. Det vil være vanskelig å tilstreve en kritisk refleksjon i forhold til hva som bør gjøres for å ivareta et reelt brukerperspektiv.

Intensjonen med å bruke min egen praksis for å eksemplifisere teorien er ikke å si noe generelt om hvordan det er på psykiatriske institusjoner. Hensikten er å gi et bilde av brukermedvirkning slik jeg har erfart den, for så å kunne foreta en analyse av denne erfaringen for videre å beskrive hvordan pasientenes medvirkning kan optimaliseres. Ønske om å være i stand til å generalisere er et ideal i all forskning (Yin 2003:10,38). Siden jeg ikke har foretatt systematisk casestudie ved dette sykehuset, kan mine erfaringer derifra kun brukes til å eksemplifisere teorien. Dette begrenser mulighetene til å generalisere til andre forhold i psykiatrien. Jeg kan derfor ikke trekke videre slutninger utover mine egne erfaringer.

2.2 En beskrivelse av posten

For at leseren lettere få en forståelse for hva jeg ønsker å formidle med denne oppgaven, velger jeg å gi en kort presentasjon av den psykiatriske avdelingen jeg har min praksis fra.

Sykehuset er et stort sykehus på Østlandet. Den aktuelle posten er en rehabiliteringspost der målet med oppholdet ved posten er at pasienten skal bli i stand til å bo ute i egen leilighet eller i en leilighet tilknyttet et omsorgssenter. Pasientgruppen ved denne posten kjennetegnes ved at de har vært lenge innenfor psykiatrien. De fleste har også flere lengre opphold bak seg. Det er pasienter med alle typer diagnoser, men en stor andel har diagnosene schizofreni eller angstrelaterte lidelser.

Pasientene skal selv sende en skriftlig søknad der de beskriver hvorfor de ønsker overflytting til posten. De skal ikke være psykotiske når de flytter over til posten. Aldersmessig er det personer mellom atten og opp til cirka femti år. Det er varierende hvor lenge de blir på posten, men de fleste er der mellom et halvt og to år. Posten består av noen hybelleiligheter, noen enkeltrom og en fellesleilighet. Når en pasient blir overflyttet til posten bor han nesten alltid først på et enkeltrom. I denne perioden observerer personalet hvorvidt pasienten er frisk nok til å bo i egen hybelleilighet. Det varierer hvor mye tid pasientene er i hybelleilighetene. Noen tilbringer store deler av fritiden i fellesstua, mens andre er mer i hybelleilighetene. De fleste pasientene spiser alle måltidene sammen, enten i sykehusets egen kantine eller inne på posten. Etter en tid på posten er det noen pasienter som begynner å lage egen frokost og kveldsmat. Noen lager også sin egen middag.

3.0 DEN PSYKIATRISKE PASIENTEN, BEHANDLINGEN OG BRUKERMEDVIRKNING – EN GJENNOMGANG AV SENTRALE BEGREPER

Dette kapittelet vil først og fremst redegjøre for sentrale begreper i forhold til brukermedvirkning. Før jeg redegjør for sentrale begreper som må ligge til grunn for reell og optimal brukermedvirkning, ser jeg det nødvendig å presentere hvilken tradisjon innenfor psykologien oppgaven tar utgangspunkt i. Som nevnt innledningsvis, utelukker ikke en behandling som tar utgangspunkt i den humanistiske tradisjonen at behandlerne også jobber ut fra systemiske, biologiske eller kognitive tilnærminger.

3.1 Humanistisk psykologi

Den humanistiske tradisjonen er i liten grad opptatt av å definere psykiske lidelser som sykdom. Følelsesmessige problemer oppstår hovedsakelig fordi individet har mistet kontakten med seg selv og det sosiale livet. Med bakgrunn i dette prøver man å unnlate å bruke betegnelsen pasient innenfor denne tradisjonen. Isteden brukes begreper som klienten, mennesket, eller individet (Haugsgjerd, Jensen m.fl. 2004:213).

I følge den humanistiske tradisjonen, er forskjellen mellom mennesket og dyrene at sistnevnte styres av sine instinkter. I motsetning til mennesket har dyr ingen verdier og mål, og de er ikke bevisst sin egne tilværelse i verden. Mennesket er selvstendig og har dermed en fri vilje. Denne friheten gjør at menneske danner sin egen personlighet. Men friheten gjør oss også ansvarlige i forhold til hvilke valg vi foretar oss (Haugsgjerd, Jensen m.fl. 2004:198,211ff.). De ulike psykologiske metodene må ta utgangspunkt i denne tanken om mennesket, og hovedmålet må være å styrke det enkelte menneskets trygghetsfølelse, dets selvrespekt og selvforståelse. Mennesket er et aktivt vesen som stadig søker å utvikle sine potensialer, muligheter og talenter. Dette kaller vi for behovet for selvaktualisering (Gelso & Fretz 2001:366). Selvaktualiseringen foregår fordi klienten har behov for åndelig vekst. Den åndelige veksten utvikles gjennom at mennesket utvikler sine ressurser. Utviklingen av

selvaktualisering hos pasienten vil derfor stå sentralt i det metodiske arbeidet når personalet arbeider med pasienten. Det er de iboende ressursene mennesket har som behandlerne skal hjelpe til med å aktualisere og videreutvikle.

Det er klientens følelsesmessige og kroppslige opplevelser her-og-nå som er utgangspunktet for behandlingen, ikke klientens tidligere historier og opplevelser. En viktig oppgave for behandleren blir derfor å sette seg inn i klientens forestillingsverden. Sammen skal de finne frem til en felles forståelse av klienten som helt menneske (Haugsgjerd, Jensen m.fl. 2004:218ff).

Innenfor den humanistiske tradisjonen står relasjonen mellom behandler og klient sentralt, og de som arbeider innenfor denne tradisjonen tar avstand fra å tingliggjøre klienten. Behandlerne må se på klienten som likeverdig, ikke som et distansert kasus (Haram 2004:24). Relasjonen skal være preget av ærlighet, nærhet og åpenhet. Det er ikke bare et møte mellom to individer. Det skal være likeverdighet som baserer seg på gjensidig respekt og aksept av det andre menneske. Gjennom behandlingen skal begge parter oppnå en større innsikt og bevissthet om seg selv og sin egen selvforståelse (Haugsgjerd, Jensen m.fl. 2004:218ff). Behandlerens oppgave blir å veilede klienten på ulike områder som klienten senere kan arbeide med. Det er imidlertid opp til klienten om han ønsker å gjøre dette eller ikke. Om klienten er uenig med behandleren, må behandleren respektere dette.

Innenfor den humanistiske tradisjonen vektlegges forståelsen om at parter som er i en relasjon bidrar til å regulere både sin egen og den andres væremåte. Dette forutsetter at partene i relasjonen ser på forholdet mellom seg selv, og den eller de som vedkommende er i en relasjon med, som et subjekt-subjekt-forhold (Buber 2003:11ff, Haugsgjerd, Jensen m.fl. 2004:334ff). Her legges refleksjon og dialog til grunn. Gjennom å lytte, bekrefte, forstå og å anerkjenne den andre part, stimulerer dialogen refleksjonssiden hos mennesket, og dialogen bidrar til å utvikle den. I et subjekt-subjekt-forhold må partene til en hver tid reflektere over sine egne bidrag til relasjonen, og samtidig være oppmerksom sine egne bidrag både i beskrivelsen av den andre og i relasjonen. Dersom den ene parten ikke er i stand til å ta den andres perspektiv, oppstår det en dysfunksjonell relasjon, og partene går inn i et objekt-objekt-forhold. For behandlerne blir det derfor viktig å legge til rette for en åpen

dialog som stimulerer refleksjonsprosessen dem i mellom. De ulike deltakerne sitter inne med sine egne sannheter og subjektive opplevelser om det temaet som diskuteres. Det er derfor viktig at partene ikke konsentrerer seg om en sannhet, men at det er rom for å ha en åpen og refleksiv dialog mellom de ulike partene.

3.2 Begrepsavklaringer

Begrepet "*pasient*" er ideelt sett i utgangspunktet et ord jeg ikke ønsker å bruke da det for det første kan sees på som sykeliggjøring av individet på bekostning av personens friske sider. For det andre kan vi, ved å bruke pasientbegrepet, gjøre psykisk sykdom til noe individet "er", istedenfor noe det "har" (Topor 2004:34). Da er det lett å glemme at personen også har friske sider. Det er også lett å glemme at han ikke er syk hele tiden, men at det er symptomer som kommer og går i perioder. På den andre siden gir pasientbegrepet individet visse rettigheter. I mangel av et mer dekkende begrep, og fordi begrepet brukes på det aktuelle sykehuset som jeg bruker presenterte i kapittel to, har jeg flere steder i oppgaven valgt å bruke begrepet pasient. Dersom den profesjonelle er bevisst på hvilke negative sider begrepet har, er ikke det viktigste hvilke begreper som brukes. Det vesentlige er at den innlagte får den hjelp og behandling han trenger. I tillegg til pasientbegrepet, vil jeg veksle mellom begreper som person, menneske, klient og individ.

Videre vil jeg veksle mellom å bruke begrepene profesjonelle, ansatte, behandlere og personalet om de som jobber ved et psykiatrisk sykehus og som deltar i behandlingen. Dette er psykiatere, sykepleiere, assistenter, miljøterapeuter. Dette fordi hensikten med oppgaven først og fremst retter seg mot samspillet mellom de ansatte og pasientene. Det er derfor miljøterapien, ikke individualterapien som vil bli vektlagt. Jeg vil ikke vurdere eventuelle samtaler og terapitimer pasienten har med psykologer og psykiatere.

Når det er snakk om behandlere og ordet behandling, er dette mangetydige begrep som i utgangspunktet er vanskelig å definere. Hva er det som er behandling innenfor psykiatrien, og hva er ikke behandling? Grensene for dette er vanskelig, for ikke å si

umulig, å sette. Jeg velger å ta utgangspunkt i den humanistiske tradisjonen som det ble redegjøres for i kapittel 3.1.

Underveis i oppgaven vil jeg konsekvent benytte meg av termen ”han” når det er pasienten jeg henviser til, og ”hun” når det er behandleren det dreier seg om. Dette gjøres for at det tydelig skal fremkomme hvem det er jeg refererer til. Et annet poeng er at den største andelen av behandlere innenfor psykiatrien er kvinner, og at denne termen derfor er naturlig å bruke.

3.3 Hvem er den psykiatriske pasienten?

Årsaken til psykisk lidelser ligger utenfor selve oppgaven, men en begrepsavklaring av psykisk lidelse må foretas. Det er ikke lett å presentere en entydig definisjon av psykiske lidelser, da det er ulike oppfatninger av hva psykiske lidelser faktisk er. Jeg vil likevel introdusere den definisjon på psykiske lidelser som ligger til grunn for oppgaven:

”Psykiske lidelser gir seg til kjenne ved avvikende atferd, ved tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelig å forstå, eller som på en annen måte gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet med sine omgivelser. I blant kan slike tilstander melde seg brått og gå over etter en viss tid, i andre tilfeller kan de utvikle seg gradvis og vedvare over lang tid. I blant er det hele personens måte å oppføre seg, snakke og tenke på som blir forandret, andre ganger kan forandringen bare gjelde for et lite, men for personen viktig område, som ved fobier, lettere tvangstilstander eller avgrensede paranoide tilstander (Haugsgjerd, Jensen m.fl. 2004:19)”.

Det er viktig å presisere at psykiske sykdommer ikke er ensbetydende med at pasienten er uhelbredelig eller uten håp. Selv av alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og schizofrenilignende psykoser kan pasienten bli bedre. Borg og Topor viser til omfattende oppfølgingsstudier som er gjort, at mellom halvparten og to tredjedeler av pasienter med schizofrenidiagnoser blir bedre (Borg & Topor 2003:13,20). Dette bedringsaspektet er det viktig å være bevisst på da dette må få konsekvenser for behandlingen.

3.4 Bedring som mål for behandlingen?

”Bedringsprosessen handler om hele personen og bygger i stor grad på hans eller hennes egen oppfatning av sin situasjon. Bedring innebærer en følelse av å få økt makt over sitt eget liv og egne levevilkår. Symptomer så vel som behandlings- og støttetiltak kan inngå i en bedringsprosess, dersom individet ikke føler at han eller hun er fanget av dem. Personen må kjenne at det er muligheter til å forhandle om dem. Dersom vi som arbeider ... i psykiatrien kan ha et slikt utgangspunkt i møte med brukerne, kan det få positive konsekvenser for den videre utvikling (Borg & Topor 2003:27)”.

Mange pasienter blir innlagt på psykiatrisk avdeling fordi de er til fare for seg selv eller andre. Sett bort i fra sykehuset som et oppbevaringssted, må målet med oppholdet være at pasienten skal bli bedre.

Borg og Topor reflekterer i sin bok ”Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser” rundt begrepet ”bedring” (Borg & Topor 2003). De skriver at bedring handler om hvilke valg pasienten gjør i forhold til å handle aktivt i den prosessen pasienten nå befinner seg i. Bedring forutsetter at pasienten igjen blir i stand til å erobre kontrollen over sitt eget liv, men at dette er en syklisk prosess som tar tid (Borg & Topor 2003:kap.2). Både pasienten og de ansatte må ha som mål at pasienten skal bli bedre. De understreker viktigheten i at pasienter, fagfolk og familien er dette bevisst slik at de ikke tenker på schizofreni som en kronisk sykdom med små forventninger om bedring.

Det er vanskelig å presentere en presis definisjon av hva som ligger i begrepet bedring. Borg og Topor (2003:17) viser til den amerikanske psykiateren og forskeren Richard Warner (1985) som har utviklet tre definisjoner av bedring. Den første definisjonen er *innleggelse i institusjon*. Her vil bedring være knyttet opp mot det å ikke være innlagt en periode. Denne definisjonen er omstridt fordi det ikke nødvendigvis trenger å bety at personen er bedre fordi han ikke er innlagt. Det kan være andre grunner som for eksempel mangel på sykehusplasser.

Den andre definisjonen er *å komme seg sosialt* (”social recovery”). Pasienten fremdeles enkelte symptomer på sykdommen, som for eksempel å høre stemmer eller å ha vrangforestillinger, men han vil være i stand til å mestre sin sosiale situasjon.

Den tredje definisjonen på bedring er *å være helt bra* ("Total recovery"). Pasienten vil da være symptomfri og fungere på samme nivå som han gjorde før han fikk sykdommen.

Pasienter på den posten jeg har min praksis i fra hører i all hovedsak til den andre definisjonen. Dette er pasienter som trolig vil måtte leve med sykdommen resten av livet, men som med trening vil være i stand til å mestre sosiale situasjoner i større eller mindre grad. Med erfaringer fra denne avdelingen vil jeg derfor her ta utgangspunkt i den andre definisjonen av bedring. Jeg kommer derfor til å drøfte hvorfor behandlere og pasienter må ha som mål at pasienten skal komme seg sosialt slik at han kan mestre sin sosiale situasjon og hvordan dette kan gjennomføres i praksis.

3.5 Hva er rehabilitering?

Rehabilitering er en del av bedringsprosessen. Posten som jeg skal bruke for å eksemplifisere teorien jeg presenterer blir kalt rehabiliteringspost. Det blir derfor naturlig å gjøre rede for hva som ligger i begrepet rehabilitering. Vi har ikke noe ord på norsk som vi direkte kan oversette begrepet rehabilitering til.

Vi bruker rehabilitering som et fellesbegrep i behandlingen av pasienter med psykiske og fysiske sykdommer:

"Rehabilitering dreier seg derfor primært om å iverksette og samordne de tiltak som er nødvendig for at den funksjonshemmede skal oppnå den hverdagstilværelse som han eller hun rettmessig ønsker innenfor realistiske rammer. Utredning av rehabiliteringsmål blir følgelig det viktigste tiltaket i all rehabiliteringsplanlegging" (Lie 2002:19).

En annen definisjon av rehabilitering finner vi i hos Egidus (Egidus 2002):

"Sekkebegrep for alle medisinske, psykologisk sosiale og arbeidsrettede tiltak som tas i bruk for å hjelpe syke og skadde til å gjenvinne best mulig

funksjonsevne, samt fysisk og psykisk velvære ved nedsettelse eller tap av en funksjon etter skade eller sykdom.

Målet for rehabilitering er å forbedre den enkeltes forutsetninger for fullt ut å kunne ta del i samfunnslivet. Det er både et medisinsk og et sosialt mål, og skal innebefatte tidlige samordnede og allsidige anstrengelser fra ulike kompetanseområder. Medisinske, sosiale, psykologiske og tekniske. Disse anstrengelsene skal kombineres ut fra den enkeltes behov, forutsetninger og interesser” (Egidus 2002:431).

I stortingsmelding nr. 21, 1998-1999: ”Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk” problematiserer de nettopp det at begrepet har ulik betydning i ulike faggrupper og sektorer. Manglende felles forståelse av begrepet gjør kommunikasjonen og samarbeidet mellom de ulike aktørene som har med pasienten og gjøre problematisk. I stortingsmeldingen velger de å bruke følgende forståelse av rehabilitering:

”Tidsavgrensa, planlagte prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet” (Stortingsmelding nr. 21, 1998-1999:10).

Ut fra disse tre begrepsavklaringene finnes det et par momenter som er felles for de ulike definisjonene:

- Alle tre legger vekt på at det må være samarbeid mellom ulike aktører som arbeider med pasienten, slik at de kan bidra til at pasienten oppnår en best mulig funksjonsevne igjen.
- Det andre temaet som er felles for alle definisjonene er at det er nødvendig at det utarbeides mål for rehabiliteringen.

Slik det er i dag skal samarbeidet og utarbeidingen av mål sikres gjennom den lovpålagte retten pasienten har til individuell plan. Hvorvidt en slik plan er tilstrekkelig, vil jeg komme tilbake til i siste del av oppgaven.

3.5.1 Hva dekker begrepet rehabilitering?

Dersom vi går tilbake til den opprinnelige betydningen av ordet rehabilitering, ser vi at det kommer begrepet fra det franske *re* og det latinske ordet *habilis* som betyr dyktighet:

- 1) Gi æresoppreisning, å gjenvinne verdighet.
- 2) Sette i funksjonsdyktig stand igjen. (Berg, 175, Taule 1992, Lie 2001:16).

Rehabilitering betyr altså at pasienten skal gjenvinne evner som han tidligere har vært i besittelse av, men som han på grunn av sykdommen har mistet. Målet er at pasienten skal bli funksjonsdyktig igjen. Ut i fra denne beskrivelsen av rehabilitering, kan vi forstå begrepet som at pasienten har hatt evnen tidligere, men at han nå har mistet den.

Psyriske lidelser kan føre til en funksjonssvikt hos individet, men dette omfatter ikke alle psykiatriske pasienter. Når en person er til rehabilitering for å trene seg opp etter en hjerteoperasjon, er det klart at dette dreier seg om rehabilitering. Innenfor psykiatrien blir betydningen mer komplisert. Mange pasienter må trene på bruk av evner de har mistet. Et eksempel her er å igjen bli i stand til å ta offentlige transportmidler. Men det er også sannsynlig at pasienten, for å gjenvinne verdighet, må trene på evner han tidligere ikke har vært i besittelse av. Dette kan for eksempel være å ta teoritimer ved institusjonens skole slik at han kan ta førerkortet. Noe som i neste omgang vil føre til at pasientens bevegelsesfrihet økes.

Dreier det seg fortsatt om rehabilitering, dersom pasienten aldri har hatt evnen tidligere, eller snakker vi da om habilitering? I følge Egidus (Egidus 2002) kan vi definere habilitering som:

Med habilitering menes å allsidig fremme utviklingen av best mulig funksjonsevne, samt den psyriske og fysiske velvære hos hver enkelt ved nedsettelse eller tap av en funksjon etter medfødt eller ervervet skade eller sykdom. Målet for habilitering er å forbedre den enkeltes forutsetninger for fullt ut å kunne ta del i samfunnslivet. Det er både et medisinsk og et sosialt mål, og skal innebefatte tidlige samordnede og allsidige anstrengelser fra ulike

kompetanseområder. Medisinske, sosiale, psykologiske og tekniske. Disse anstrengelsene skal kombineres ut fra den enkeltes behov, forutsetninger og interesser” (Egidus 2002:431).

Vi ser at det andre avsnittet om rehabilitering og habilitering, er det samme. Det som skiller habilitering fra rehabilitering er at der rehabiliteringen ønsker å gjenvinne best mulig funksjonsevne hos pasienten, er habiliteringens fremste mål å fremme utviklingen av best mulig funksjonsevne. I habiliteringsarbeidet er det ingen forutsetning at pasienten har vært i besittelse av evnene før han ble syk.

3.5.2 Hva sier stortingsmeldingen om rehabilitering og habilitering?

Stortingsmelding nr. 21 (1998-99): ”Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk”, er en generell melding som gjelder for alle mennesker som lider av en fysisk eller psykisk sykdom. Det er en marginal del av meldingen som tar for seg pasienter med psykiske lidelser. Hensikten med meldingen er å legge et grunnlag for en helhetlig rehabiliteringspolitikk der individets aktive rolle skal komme tydelig frem i prosessen mens fagfolkene har ansvaret for koordineringen.

Stortingsmeldingen har valgt å reservere begrepet habilitering ”.. for tiltak til barn og unge med funksjonshemmingar som er medfødde eller som dei har fått seinare” (Stortingsmelding nr. 21, 1998-99:10). Stortingsmeldingen velger å bruke rehabilitering som et overordnet begrep for rehabilitering og habiliteringsvirksomhet. Den sier at rehabiliteringsbegrepet inneholder mer enn behandling, da det også innebefatter en funksjonsforbedring hos pasienten med vekt på den enkelte pasients ressurser (Stortingsmelding nr. 21, 1998-1999:10). Ved å trekke funksjonsforbedringsperspektivet inn i rehabiliteringen kan vi se det slik at rehabilitering også omfatter habilitering.

En innvendig til denne vide forståelsen av rehabiliteringsbegrepet er at de som jobber med pasienten kan ha ulik forståelse av hva begrepet skal innebefatte. De må få vite at rehabilitering også skal føre til en funksjonsforbedring hos pasienten. Dersom de ansatte ikke er bevisste på at rehabilitering også innebefatter habilitering, kan det være at de ikke tar funksjonsforbedringsperspektivet med når de utarbeider opplegget

for behandlingen. For flere pasienter er det, for å gjenvinne verdighet, ikke tilstrekkelig å trene på ferdigheter han har mistet på grunn av sykdommen. Han må også trene på områder som fører til at han fremmer utviklingen av best mulig funksjonsevne. Dette betyr at pasienten skal ha mulighet til å oppøve funksjoner som han ikke har vært i besittelse av tidligere.

3.5.3 Rehabilitering, habilitering og læring

Både innenfor rehabilitering og habilitering er utgangspunktet læring. Som vi så i de opprinnelige definisjonene dreier rehabilitering seg om re-læring, altså om å lære på nytt det pasienten tidligere kunne, mens habilitering dreier seg om læring av ny kunnskap. Fra begrepsavklaringene kan vi videreføre rehabiliteringsbegrepet til at pasienten skal ha som mål å lære det han kunne før han ble syk, mens ved habilitering blir dette læringsperspektivet utvidet til å innebefatte læring av nye kunnskaper og ferdigheter.

Felles for habilitering og rehabilitering er at begge dreier seg om en arbeidsmåte som retter seg mot pasientens fremtidige målsetninger (Lie 2001:86). Når behandlere arbeider med å sette mål for rehabiliteringen og habiliteringen av en pasient ut fra pasientens egne ønsker om målsetninger for fremtiden, arbeider de samtidig innenfor pasientens valg av livsverdier. Dette er valg som pasienten selv må stå for. I den grad det hadde vært personalet som skulle tatt disse valgene for pasienten, ville det ført til en umyndiggjøring i både psykologisk og juridisk forstand (Lie 2001:19). Hvordan pasienten selv kan utforme målene for sin egen rehabiliteringsprosess vil jeg komme tilbake til i kapittel 5.0.

3.6 Brukermedvirkning

3.6.1 Hva sier offentlige lover og forskrifter om brukermedvirkning?

Vi har ulike lover som setter formelle krav til brukermedvirkning. I 1991 kom *lov om sosiale tjenester* (LOV 1991-12-13 nr 81), der det fastslås at personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til individuell plan. Planen skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med brukeren (Lov om sosiale tjenester § 4-2a). Det skal legges stor vekt på hva klienten mener (Lov om sosiale tjenester § 8-4). Videre står det at departementet kan gi forskrifter om hva planen skal inneholde (Lov om sosiale tjenester § 4-3).

I *stortingsmelding nr 25 (1996-97)* kan vi lese at det er behovene til pasienten som skal være utgangspunktet for all behandling. Helsepersonell skal være lydhøre og møte pasienten med respekt. ”Helsepersonell er eksperter på sitt fag – pasienter er spesialister på sine liv” (Stortingsmelding nr. 25, 1996-97:27). Stortingsmeldingen sier ikke noe om i hvor stor grad pasienten skal være med på utformingen av en slik plan, utover at det er viktig at pasienten blir hørt. Det kan derfor se ut til at det i stor grad er opp til den enkelte institusjon å tolke hva som ligger i at pasientens behov skal komme først.

I stortingsmeldingen blir det fremmet forslag om at det i videre arbeid med pasientrettigheter vil det bli vurdert å innføre lovbestemt plikt for kommunene til å utarbeide individuelt tilpassede planer for mennesker med sammensatte og langvarige behov for tjenester (stortingsmelding nr. 25, 1996-97:31). Brukeren skal videre ha rett til å medvirke i utføringen av en slik plan, og det er pasientens behov som skal avgjøre hva slags tilbud som gis. Planene for pasienten må være helhetlige og inneholde bidrag fra alle relevante instanser (stortingsmelding nr. 25, 1996-97:26).

I dag har alle pasienter rett til å få utarbeidet en slik individuell plan. I *lov om pasientrettigheter* (LOV 1999-07-02 nr 63) står det at i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og

gjennomføring av psykisk helsevern, skal de pasienter som har behov for et langvarige og koordinerte helsetjenester ha rett til å få utarbeidet individuelle planer (Lov om pasientrettigheter § 2-5). I den samme loven er det slått fast at pasienter har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (Lov om pasientrettigheter § 3-1).

3.6.2 Retten til en individuell plan

Alle som pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har etter loven rett til å få utarbeidet en individuell plan. Under utarbeidelsen av planen skal det legges til rette for at pasienten selv kan bidra i dette arbeidet (Forskrifter om individuelle planer 2001:§ 3). Alle pasienter som er innlagt på den overnevnte psykiatriske avdelingen skal derfor ha en slik plan, og skal selv ha vært med på å utarbeide den.

”Formålet med utarbeidelsen av individuell planen er:

- a) å bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av pasienten,
- b) å kartlegge pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere å koordinere tiltak som kan bidra til å dekke pasientens bistandsbehov,
- c) å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innenfor et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene” (Forskrifter om individuelle planer 2001:§ 2).

En individuell plan skal altså sikre at pasienten selv har innflytelse på behandlingsopplegget, at han får et koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, at hans mål, ressurser og behov blir kartlagt, og at pasient, pårørende og ulike etater skal samarbeide. For at planen skal inneholde punkter fra alle disse områdene, kan planen bli forholdsvis omfattende. Selv om den individuelle planen ikke er et juridisk

bindende dokument må ansvarsforholdet med tanke på plan og oppfølging avklares på en forpliktende måte (Linde & Norlund 2003:91).

Det finnes ulike veiledninger som omhandler hvordan individuelle planer skal utarbeides. Blant annet har Sosial- og helsedepartementet utarbeidet en slik veileder.

3.6.3 Brukermedvirkning som ideologi

Hvor mye sier lovene og stortingsmeldingene oss om hva brukermedvirkning egentlig betyr? Brukermedvirkning kan sees på som et ideal innenfor helsepolitikken, der vage og uklare termer blir tatt i bruk (Ørstavik 1995:43). Det finnes ikke en oppskrift der det gis klare direktiver for den praktiske behandlingen.

Brukermedvirkning kan derfor sees på som et verdisystem som sier noe om hvordan det er ønskelig at behandlingen skal foregå for at man skal oppnå det ønskede målet.

Brukermedvirkning sier ikke noe om hvordan vi skal nå de oppsatte målene eller hvilke midler man skal ta i bruk for å nå disse målene (Ørstavik 1995:43).

3.6.4 Brukermedvirkning som utvidet begrep

Begrepet brukermedvirkning ble politisk introdusert i Norge på 80-tallet. Man ble da opptatt av hvor vanskelig enkelte brukere opplevde det å nå frem i hjelpeapparatet.

Først på 90-tallet ble begrepet brukt i offentlige utredninger med den hensikt å være et virkemiddel som skulle forbedre helsetjenesten og pasientenes rettigheter

(Vatne:1998:8). Innføringen av brukermedvirkning kan sees på som en konsekvens

av den kritikken som har vært rettet mot helsetjenesten. Kritikken har gått ut på at pasientene i institusjoner blant annet ikke har fått nok informasjon, deres rettigheter

er blitt dårlig ivaretatt, hjelperne har hatt monopol på pasientens problemer og at

pasientene følte at de ikke ble trukket inn i behandlingsprosessen. Pasienten synes å ha en avmektig og isolert rolle, som en som ikke spiller en ikke-aktør i sin egen

behandling. Behandlerne synes også å definere pasientens problemer annerledes enn pasienten selv, og som et resultat av det, kommer med andre løsningsforslag enn det

pasienten selv ville gjort (Vatne:1998:11-14). Ved å innføre brukermedvirkning

skulle behandlingsinstansene gå bort i fra den tradisjonelle forskjellen mellom

behandlere og pasientene, der behandlerne defineres som eksperten på pasientens sykdom. Pasientene skulle nå selv ha en aktiv rolle og ta oppgaver som tidligere hadde tilhørt behandlernes arbeidsoppgaver (Ørstavik 1995:125-126).

Debatten om brukermedvirkning baserer seg på det vestlige samfunnets tanker om individets rettigheter. Disse rettighetene bygger på det menneskesynet som tar utgangspunkt i FNs Menneskerettighetserklæring av 1948. Menneskerettighetene slår fast at alle mennesker har rett til å leve et verdig liv uansett samfunn, tilstand og situasjon. Dette begrunnes ut i fra at alle mennesker har en egen verdi som ikke er knyttet til det enkelte menneskets spesielle egenskaper, ressurser eller kompetanse. De overordnede rettighetene som for eksempel rett til informert samtykke i behandlingen, rett til autonomi og rett til respekt for personlig integritet skal, være lik for alle mennesker (Vatne:1998:22).

Hva innebærer begrepet brukermedvirkning? Et viktig aspekt ved brukermedvirkningen er at det handler om å dele makt (Topor 2004:55). Det kan være en utfordring for noen behandlere å skulle dele på den makten de er i besittelse av, og hva slags maktfordeling er det rom for? Det at pasienten selv er med i utarbeidingen av hva slags behandling han skal ha, betyr ikke at pasienten ikke har et omfattende behov for hjelp av fagfolk, eller at profesjonell kunnskap og kompetanse er overflødig. Det viktige er relasjonene mellom fagfolkene og pasienten. Disse relasjonene kommer til uttrykk ved at pasienten, i samarbeid med fagfolkene, er med og legger premissene for behandlingen (Borg 2003:109). ”Brukermedvirkning er et relasjonelt begrep, der relasjonen mellom hjelper og hjelpetrengende er vesentlig. Å medvirke viser til det å virke sammen med” (Ørstavik 1995:43). Brukermedvirkning forutsetter altså at det er to eller flere parter som medvirker i forhold til hverandre. Videre ”[...] handler det om en persons rett og mulighet til å delta i alle sammenhenger som angår hans eller hennes liv [...]” (Borg 2003:108). Hensikten med brukermedvirkning er å fremme pasientens:

- innflytelse i behandlingen
- selvforståelse
- selvtilit
- rett til å bli hørt

- behov for individualisering
- rett til å bli tatt på alvor

(Ørstavik 1995:124)

For at disse seks punktene skal kunne oppfylles, må definisjonen av brukermedvirkning omfatte mange områder. Etter å ha lest flere definisjoner på brukermedvirkning, er det vanskelig å finne en definisjon som er tilstrekkelig presis. Jeg ser det derfor nødvendig å avgrense begrepet ytterligere.

3.6.5 Reell og optimal brukermedvirkning

Det finnes ulike grader av brukermedvirkning. Siden graden av brukermedvirkning vil variere ut fra hvilket funksjonsnivå pasienten innehar er det ikke tilstrekkelig å bare benytte det generelle begrepet brukermedvirkning. Slik jeg ser det er det helt nødvendig å avgrense begrepet brukermedvirkning til reell, og optimal, brukermedvirkning.

Med reell brukermedvirkning, menes det at pasienten faktisk har reell delaktighet når for eksempel hans egen individuelle plan skal utformes. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten får delta på et møte der han sier hva han ønsker for behandlingen. For å sikre at pasienten har innflytelse i behandlingen, må behandlerne lytte til pasienten, og hans egne ønsker må bli tatt på alvor.

I betegnelsen optimal brukermedvirkning ligger det at pasienten i så stor grad som rammeforholdene ved sykehuset tilsier, skal ha mulighet til å oppnå reell brukermedvirkning. Pasientens ønsker for behandlingen må tas hensyn til og etterstrebes, så langt det er praktisk mulig og forsvarlig for behandlingen. Hva som er optimal brukermedvirkning vil alltid være avhengig av institusjonens rammer og fleksibilitet. Pasienten vil alltid føle at dette er skjevt, men det kommer an på hvor mye tid den ansatte bruker til å snakke med pasienten slik at han har mulighet til å forstå hvorfor grensene setter der de settes.

Graden av brukermedvirkning er ofte ujevn, syklisk. Hva er det en person trenger når? Behovet skifter fort. Når pasienten har ressurser må personalet trekke seg tilbake. Når han har en nedtur må de tre støttende til. Her må personalet finne balansegangen mellom hva som er delaktighet og hva som er overstyring. Det er viktig, men også vanskelig, å finne balansen mellom overstyring og medbestemmelse. Særlig gjelder dette i forhold til pasientens varierende funksjonsnivå.

Ut i fra dette velger jeg å definere brukermedvirkning som tar hensyn til både reell og optimal brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er personens maksimale bidrag til egen selvstendighet. Den er syklisk. Det vil si at pasienten i perioder har behov for mindre hjelp og støtte, mens han i andre perioder trenger det mer.

Spenningen mellom hvor lite og mye hjelp pasienten trenger, kan det være vanskelig å finne frem til. For å sikre maksimal brukermedvirkning må personalet ved posten kartlegge hvor mye hjelp pasienten til enhver tid har behov for. Dette viser til Vygotskys teori om sonen for den nærmeste utvikling som jeg vil redegjøre for i kapittel 5.2.

3.7 Autonomi og selvforståelse i psykiatrien

3.7.1 pasientens autonomi

Begrepet autonomi er mangetydig, og det er derfor vanskelig å komme med en presis definisjon. Opprinnelig ble ordet brukt om den greske bystaten. Bystaten skulle ha autonomi når byens borgere lagde sine egne lover. Dette står i motsetning til den tid da de var under kontroll av en fremmed makt (Gullestad 1992:13). Innenfor psykiatrien kan vi videreføre betydningen av begrepet til å omfatte den muligheten pasienten har for selvbestemmelse i relasjon til andre (Gullestad 1992:17). På en

psykiatrisk avdeling vil ”de andre” primært dreie seg om behandlerne, men også andre relasjoner er aktuelle. Dette dreier seg om medpasienter, familie og andre personer som pasienten må forholde seg til ute i samfunnet.

Når pasientens hensyn settes først, må behandlingen ta hensyn til pasientens autonomi. I dette ligger det at behandlerne må vise respekt for pasientens frihet, selvstendighet og uavhengighet. Det er først når pasienten har reell autonomi på en institusjon, at vi kan snakke om reell brukermedvirkning ved denne institusjonen. Dersom en pasient skal ha autonomi, innebærer det at han opplever å inneha en optimal grad av frihet, selvstyre og uavhengighet. For at det skal være reell og optimal brukermedvirkning må behandlingen ta utgangspunkt i hva slags mål pasienten ønsker å sette seg for sin fremtid, og hvordan han i samarbeid med personalet kan nå disse målene. For at pasienten skal kunne ha en mulighet for optimal utvikling, er det nødvendig at det foretas en kartlegging av pasientens evner og ferdigheter. Resultatene fra denne kartleggingen må da brukes som et utgangspunkt for å se hvor pasienten står i dag og hvor langt det er realistisk at han kan nå. Ut fra den kartleggingen som er foretatt, utarbeides det hovedmål og delmål for pasienten.

3.7.2 Selvbestemmelse

Hva vil det si at pasienten har selvbestemmelse? Kan vi kalle det selvbestemmelse når pasienten får velge om han skal hogge ved eller om han ønsker å gå en tur en dag? Er det fortsatt selvbestemmelse når institusjonens behandlere og miljøterapeuter sitter på det ukentlige møte og avgjør hva slags behandling som er til pasientens eget beste, om det er behov for å endre på medisinene, hvordan pasienten har hatt det den sist uka, og så videre. Er det slik at pasienten har selvbestemmelse så lenge de valgene pasienten tar samsvarer med det personalet mener er det mest fornuftige og riktige for pasienten? Hvor reel er denne selvbestemmelsesretten (Bøe og Thomassen 2003:177)?

Selvbestemmelse forutsetter at institusjonen legger pasientens rett til frihet, selvstendighet og uavhengighet til grunn. Det er først når et menneske oppfatter at

det har frihet til å selv bestemme over sitt eget liv at vi kan snakke om reell selvbestemmelse. Ivan Illich bruker uttrykket invalidiserende hjelp (Illich 1980:33). Han hevder at profesjonene definerer hva som er menneskets behov og at de videre tar monopol på å finne frem til hva det er som kan tilfredsstille disse behovene. Dette fører da til at mennesket, som her vil være pasienten, mister friheten til, og etter hvert også evnen til, å forme egne behov og mål (Bøe og Thomassen 2003:27).

Selv om pasientens frihet skal ligge til grunn, er det ikke mulig, eller forsvarlig, å gi full selvbestemmelsesrett til pasienten. Når en pasient er innlagt på en psykiatrisk avdeling, kan vi si at han er innlagt i et system. Det finnes visse rammer som både pasienten og de ansatte må forholde seg til. Selvbestemmelsesretten må derfor foregå innenfor institusjonens rammer. De profesjonelle må stille spørsmål om hva de tror er mulig innenfor de rammene de arbeider innenfor på nåværende tidspunkt? Dette kan dreie seg om ulike typer rammer som for eksempel økonomiske- og lokalmessige rammer, men pasientens funksjonsnivå vil også være avgjørende for hva det vil være mulig å gjennomføre.

3.8 Selvforståelsens betydning for individet

Menneskets selvforståelse er den innsikten individet har ”i egne motiver, forestillinger, fantasier, drømmer, i egen sosiale rolle og i muligheten til å virkeliggjøre oppsatte mål og gjennomtenkte ambisjoner” (Egidus 2002:456). Vår selvforståelse er konstruert og den vil variere ut i fra hvilken situasjon vi befinner oss i. I noen sammenhenger kan vi oppleve oss selv som et individ som er selvbestemmende og dermed er et aktivt handlende menneske. I andre sammenhenger ser vi på oss selv som et mer passivt individ som blir styrt av de ytre omgivelsene (Nygård 2000:40ff).

Å være noe annet enn en psykiatrisk pasient bygger opp individets selvforståelse. Det er igjen viktig å presisere at en psykisk lidelse ikke er noe man er, men det er noe man har. Å være bevisst på dette er viktig for selvforståelsen da det er stor forskjell på om pasienten ser på seg selv som en som har fått diagnosen schizofreni eller om han ser på seg selv som en som er schizofren (Topor 2004:34). Etter flere år på et

psykiatrisk sykehus kan det være lett å begynne å tenke på seg selv som at man er en psykiatrisk pasient. Dette gjelder særlig dersom personen blir syk i ung alder og han får et langvarig opphold på institusjon. Topor viser til en pasient som sier "[...] och blir man sjuk när män er ung blir det som en livsstil" (Topor 2004:57).

Ungdomstiden er en periode i livet der individet bruker mye tid til å finne ut hvem man er og hva en ønsker å gjøre med livet sitt. De som blir syke i voksen alder har erfaring med hvordan det er å leve et vanlig 'friskt' liv. Det er erfaringer unge med psykiske lidelser mangler. Bedringsprosessen handler i stor grad om individets søken etter seg selv. "Att bli sig själv beskrives som ett mål för många personer med svåra psykiska problem" (Topor 2004:105).

Selvforståelsen er ikke statisk. En pasient ved en psykiatrisk avdeling er ikke bare syk. Han er både syk og frisk på samme tid (Topor 2003:107). Han vil ha en varierende funksjonsprofil. I perioder av behandlingen vil sykdommens symptomer dominere hverdagen og gjøre det vanskelig for han å for eksempel gjennomføre daglige gjøremål. Andre dager vil være dager der sykdommen nesten ikke merkes og han vil ha lettere for å delta i ulike aktiviteter. For de profesjonelle er det derfor viktig å se mennesket som syk og frisk samtidig. Ved å bidra til at pasienten deltar i aktiviteter som gir han positive opplevelser vil han erfarer at han mestrer. På denne måten kan pasientens selvforståelse endres. Et eksempel: En pasient føler at han ikke er flink i noe. Sammen med primærkontakten sin bestemmer han at han skal velge seg et tema han ønsker å lære noe mer om. Siden målet hans med oppholdet på rehabiliteringsposten er å flytte ut i egen leilighet, bestemmer han seg for at han må lære å lage skikkelig mat. Han melder seg på et matlagingskurs. Her lærer han å lage alt fra enkel hverdagsmat til de fineste middagsretter. Etter hvert finner han ut at han også kan tenke seg å lære mer om fotografering, og han melder seg på et fotokurs i regi av Friundervisningen. Fra å se på seg selv som en som ikke er spesielt dyktig i noen aktiviteter, begynner han nå å se på seg selv som både kokk og fotograf.

4.0 DEN GJENSIDIGE DIALOG

En psykiatrisk avdeling består av pasienter og de som jobber der. Hvordan disse kommuniserer seg i mellom er av betydning for om avdelingen skal oppleves som et godt sted å være. Innenfor den humanistiske tradisjonen legges det vekt på at individer i en relasjon har innvirkning på egen og den andres væremåte. Filosofen Martin Buber beskriver betydningen av disse relasjonene for at gjensidig dialog skal kunne oppstå (Buber 2003).

4.1 Betydningen av gode relasjoner: Martin Bubers relasjonsteori

Martin Buber skriver i Boken Jeg og Du om hvordan Jeg kun blir virkelig til som et helt menneske i møte med Du (Buber 2003). Vi kan tenke oss at relasjoner er noe som kan settes i ordpar. Det finnes ikke enkle grunnord, men ordpar. Det ene grunnordet er ordparet Jeg-Du. Det andre grunnordet er ordparet Jeg-Det. Jeg i grunnordet Jeg-Du betyr noe annet enn Jeg i grunnordet Jeg-Det (Buber 2003:4ff).

Symbolene herre og knekt, er de som befaler og de som blir befalt. Eksempler her er overordnet/underordnet, tysker/jøde, mann/kvinne. Dette er relasjoner i kategorier som er fullstendig utilstrekkelige og ødeleggende for en god dialog (Simonsen 2003:XXV). Skal vi være i en relasjon til et annet menneske, må vi se den andre som et Du. Denne relasjonen innebærer en nærhet fordi vi ikke ser på de andre som et objekt. I følge Buber møter vi ikke et Du hver dag. Vi møter et Det. Det er et objekt, altså en ting blant ting. Individet blir et Det når man bare er et nummer i rekken (Buber 2003:11 ff). Hva er den praktisk-pedagogiske nytten av anvendelsen av Bubers teori på en psykiatrisk avdeling?

4.1.1 Pasienten som et subjekt, ikke et objekt

Innleggelse ved en psykiatrisk institusjon kan for den enkelte pasient innebære en overgang fra å være et individ som ser på seg selv som en aktør i sitt eget liv til at

han ser på seg selv som en brikke styrt av institusjonens praksis. Dette kan også sammenlignes med at pasienten går fra å være en som tenker om seg selv som et handlende subjekt til å bli et passivt objekt (Bøe og Thomassen 2003:53).

Dialogen mellom pasienten og behandlere er sentral i denne sammenheng. Buber legger stor vekt på dialogen, i det han skriver om hvordan vi ser på det mennesket vi snakker med. Hvordan få til at pasienten tenker på seg selv som en aktør og et subjekt? Dette må foregå gjennom dialog. Buber sier at vi kan se på relasjonene mellom mennesker som en subjekt-subjekt-relasjon eller en subjekt-objekt-relasjon. Også i psykiatrien er det mulig å overføre symbolene herre og knekt. I overført betydning vil dette gjenspeile personalet som herren, han som befaler. Pasienten er knekten, den som blir befalt. Dersom personalet på avdelingen ser på pasientene som likverdige personer, tenker de at pasienten er et subjekt. Tenker de på pasientene som noe annet enn likeverdige, ser de på dem som objekter. Ved subjekt-subjekt-relasjonen er partene likeverdige. Dersom personalet ønsker å oppnå en subjekt-subjekt-relasjon i forhold til pasienten er den likeverdige dialogen et nøkkelbegrep (Bøe og Thomassen 2003:152). For å se subjektet, må den ansatte se på den innlagte som menneske, ikke som en pasient. Når den ansatte ser mennesket, ser han subjektet. Dette står i motsetning til når den ansatte bare ser pasienten. Da ser han objektet. Det vil være en utfordring for den som jobber på en psykiatrisk avdeling å se mennesket og ikke pasienten i den personen som er innlagt. Hvordan behandleren konkret kan se pasienten som et subjekt vil bli drøftet videre i oppgaven. Videre vil det også bli drøftet om det er mulig med en slik relasjon mellom behandler og pasient.

4.1.2 Den likeverdige dialogen

En forutsetning for gjensidig dialog mellom to parter er at de ulike partene har like stor innflytelse i dialogen (Seikkula 2002:130). Pasienten må i relasjoner med behandlerne oppleve at han har en likeverdige dialog. Hvis ikke, oppstår et herre/knekt forhold. Dersom behandleren sine ord blir vektlagt mer enn pasientens, er det ikke lenger enn likeverdige dialog. Det er for eksempel ikke tilstrekkelig at pasienten får komme til orde på et møte, dersom hans argumenter ikke møtt like seriøst som de

ansatte sine argumenter. Dette henger nært sammen med det Buber sier om å se på andre som et subjekt eller et objekt. En pasient som føler at det han sier ikke blir hørt, vil se på seg selv som et objekt for ekspertenes, altså behandlernes, arbeid (Seikkula 2002:177).

Det er først når pasienten opplever at han er en del av dialogen at han ser seg selv som et subjekt i eget liv. Dersom pasienten opplever at han er subjekt i dialogen, vil han etter hvert se seg selv som et subjekt i sitt eget liv, der han ser at det er han selv som må styre over sitt eget liv.

Pedagogen Paulo Freire understreker dialogens betydning som verktøy for frigjøring (Freire 2002). Frigjøring mener han vil finne sted når to mennesker går inn i en dialog der begge parter er likeverdige deltakere og der gjensidig tillitt eksisterer. Videre må ingen sette navn på verden på andres vegne. Dersom det skjer er det undertrykkende og dehumaniserende. En behandler må altså la pasienten selv få fortelle hvordan han har det og hva det er han ønsker seg for fremtiden.

4.1.3 Den likeverdige dialogen – et uoppnåelig ideal?

Et spørsmål som må stilles er om det over hodet vil være mulig å skape et gjensidig subjekt-subjekt-forhold mellom den ansatte og pasienten, eller om troen på at et slikt forhold er ren idealisme. I teorien høres et slikt forhold fint ut, men spørsmålet er om likeverdig dialog kan gjennomføres i praksis. Tilbake til eksempelet om at pasientens argumenter, på et møte, må bli tatt like seriøst som det de andre sier. Dette høres fint ut, men i praksis kan dette være vanskelig å gjennomføre. De fleste ønsker å se pasienten som et subjekt, men det er mange strømninger som kan resultere i objektivisering av pasienten. Dette kan være faglige, økonomiske, organisatoriske og kulturelle aspekter som gjør det vanskelig å utvikle et subjekt-subjekt-forhold.

Det eksisterer også et annet aspekt i forhold til det å se pasienten som et subjekt. Det er ikke nødvendigvis slik at pasienten enten er et handlende subjekt eller et passivt objekt. Det er ikke et enten-eller forhold. Dette er kontekstavhengig. I noen situasjoner kan det være godt for pasienten å være et objekt, der han blir fratatt noe

av ansvaret. ”Å bli rammet av en psykose er for mange en utfordrende og utmattende erfaring” (Borg & Topor 2003:98). I perioder kan pasienten være så syk at det føles befriende for han om noen andre kan overta en del av ansvaret i en periode slik at han får mulighet til å hvile seg.

At det er vanskelig å oppnå et subjekt-subjekt-forhold betyr likevel ikke at det ikke er nødvendig å presentere teorier om subjekt-subjekt-forhold og likeverdige dialoger. Innenfor institusjoner kan dette synes å være et ideelt krav, men det er likevel nødvendig å jobbe for at slike forhold skal fremmes i størst mulig grad. Det vil aldri være mulig å oppnå en ren subjekt-subjekt-relasjon. Det som er et ideal i virkeligheten, er en lang og møysommelig prosess i praksis fordi mennesker alltid vil møte hverandre med forbehold. Dette fører til at tillitsoppbyggingsfasen vil ta lang tid. Dette gjelder særlig psykiatriske pasienter fordi de fleste av dem har valgt tilbaketrekning som hovedstrategi og de vil i denne fasen føle at de ”mister” alt.

Et annet spørsmål som bør stilles er hvor interessert pasienten egentlig er i å utvikle en subjekt-subjekt-relasjon? De fleste ønsker råd for hvordan de kan bli bedre. En behandler kan si at ”Dersom du gjør A så vil B skje”, eller ”Hva vil skje dersom du fortsetter sånn som nå”, for at behandleren og pasienten så ser på ulike valg og konsekvenser. Dette vil være en objektivisering, men er det noe galt i å gi en pasient som ønsker det råd? Trolig vil det i de fleste tilfeller være snakk om en subjekt-objekt-relasjon mellom pasient og behandler, men i denne relasjonen er det mye snakk om holdninger og nivåer.

4.2 Språket som et utgangspunkt for dialogen

Gjennom å føre dialoger med seg selv kan pasienten strukturere sine egne erfaringer (Topor 2003:119). *”Siden vi lever i språket, oppstår også endringene i språket”* (Seikkula 2002:137). I følge Jakko Seikkula (2002) må målsetningen for terapien være å føre dialoger med pasienten slik at pasienten selv skal bli i stand til å føre indre dialoger. De indre dialogene skal etter hvert føre til at endring skal kunne finne sted i pasientens liv.

Mitt utgangspunkt her er den russiske psykologen Lev Vygotsky (1896-1934), og hans teori om språkets utvikling. Jeg vil gi en kort presentasjon av hvordan han mente at språket utvikler seg utenfra og innover, og hvordan språket går i fra å være noe som oppstår i sosial samhandling med andre, for så å gå over til det individuelle.

Vygotsky tar utgangspunkt i et konstruktivistisk syn på læring og utvikling (Evenshaug & Hallen 2000:109, Egidus 2002:271). I dette ligger det at barnet gjennom de erfaringene det gjør, konstruerer sin kunnskap. Den intellektuelle utviklingen og tenkningen har utgangspunkt i sosial aktivitet. Menneske blir i stand til å tenke fordi det har vært sosialt aktivt. Det er ikke slik at menneske er sosialt aktivt fordi det er i stand til å tenke. Det sosiale kommer forut for tenkningen, mente Vygotsky. Det sosiale miljøet og språkets utvikling spiller derfor en stor rolle for begrepsdannelsen og hvordan en person tenker. Hvilken kontekst kunnskapen læres i er avgjørende for hvordan individet oppfatter og kombinerer den nyervervede kunnskapen.

4.2.1 Vygotskys teori om språket som redskap for tankene

I følge Vygotsky kommer språket før tankene. Vi må ha språket som redskap før vi kan tenke. Behovet for språk oppstår fordi barnet trenger et redskap til å kommunisere med menneskene i rundt seg (Vygotsky 1978:23, 1999:163). Språket blir dermed menneskets fremste redskap som kommunikasjonsmiddel (Bråten 1998:30). Dette er den første funksjonen språket har. Den andre funksjonen er at det skal være et redskap som vi benytter i den indre talen. Det hjelper oss til å organisere våre tanker. Ut fra dette ser vi at språket er grunnleggende for utviklingen av intellektet. Hvilket språk vi besitter vil påvirke hvilken måte vi tenker på og hvordan vi oppfatter verden (Vygotsky 1978:23ff). I følge Vygotsky beskriver barnet først sine handlinger høyt med seg selv når det skal løse et gitt problem. Etter hvert flyttes denne selvveiledende dialogen over til barnets indre psykologiske verden, men den egosentriske talen vil fortsette å være igjen i den psykologiske strukturen. Ved å benytte seg av denne kan individet lære seg nye og utfordrende oppgaver. Voksne kan i gitte situasjoner snakke høyt til seg selv. Dette viser seg blant annet når han står

overfor en vanskelig situasjon. Ved å snakke høyt, styrer han sine tanker og handlinger slik at han kommer ut av situasjonen (Seikkula 2002:128, Vygotsky 1978:24ff). Den egosentriske talen vil, når barnet blir eldre gå over til å være en indre tale hos barnet. Barnets selvveiledende tale er ikke forsvunnet, men nå er språket blitt internalisert i tenkningen, og barnet har utviklet en taus, indre tale. Der barnet tidligere snakket høyt når det skulle løse et gitt problem, vil barnet på dette stadiet foreta en taus indre dialog med seg selv. Hele denne prosessen, fra den sosiale- til den indre talen kalles for sosialiseringen av indre samhandlinger (Crain 1992:202, Vygotsky 1978:26ff).

Hva er den praktisk-pedagogiske nytten anvendelsen av Vygotskys teori? Dersom det er slik at språket er bestemmende for hvordan pasienten tenker og hvordan han oppfatter verden, er det noe behandlerne kan gjøre for at pasienten skal endre måten å tenke på?

Ved å videreføre Vygotsky, kan vi tenke at dersom det skal skje en forandring i pasientens liv må forandringene starte utenfor pasienten selv. I følge Vygotsky er den ytre dialogen viktig for at individet skal videreutvikle sin egen indre tale, altså tankene. Hvordan vi tenker er med på å styre våre valg av handlinger. Siden vi er avhengige av å ha et språk for å tenke, kan vi si at språket er tankenes redskap. Språket hjelper oss med å organisere vår indre verden. På den måten gjør det oss blant annet i stand til å planlegge (Vygotsky 1978:26). Dersom vi skal overføre dette til klienten, kan vi si at språket styrer pasientens tanker, som igjen vil påvirke hans handlinger. Hvordan pasienten tenker vil altså påvirke hvordan han handler. Et godt ordforråd fremmer god tenkning. Hvilke ord og begreper pasienten er i besittelse av, vil derfor virke inn på måten han tenker på, som igjen vil påvirke hans handlinger. Endringer hos pasienten oppstår derfor primært når pasienten blir flinkere til å føre indre dialoger. Når pasienten endrer sin måte å tenke på, legger han samtidig grobunn for endringer av handlinger.

Språket, er som beskrevet over, først og fremst er nødvendig for to formål: Som kommunikasjonsform og for å organisere vår indre verden (Imsen 1997:240). Hvordan kan vi tenke oss at behandlere kan være med å fremme et godt ordforråd og nye tanker hos pasienten? En innvending her vil være å stille spørsmål til hvor

realistisk det er at behandleren kan utvide pasienten sitt ordforråd? Det kan virke mer realistisk at personalet, ved hjelp av samtaler, kan hjelpe pasienten med å utvikle evnen til refleksjon og evnen til å sette ord på sine erfaringer. Det er viktig å huske på at det er behandlerne sitt ansvar å legge til rette for at gode samtaler skal kunne oppstå. Det være seg at behandleren har samtale med pasienten på tomannshånd, eller at det er i større grupper.

4.3 Språkets makt

Dersom det skal være mulig å oppnå reell brukermedvirkning må behandlerne møte pasienten med det samme språk som pasienten selv snakker (Bøe & Thomassen 2003:120, Seikkula2002:126ff). Freire snakker om at ekspertenes fagspråk i møte med mennesket kan ha en funksjon som virker dehumaniserende og undertrykkende på individet (Freire 2002:72ff). Behandlerne på avdelingen bør derfor være bevisste på at de i samtale med pasienter bruker vanlige ord som alle forstår.

Dersom dialogen er utgangspunktet for miljøterapien, vil det automatisk føre til en makt- og autoritetsforskyvning (Bøe & Thomassen 2003:120-121). Behandlernes stilling vil da ikke lenger være den fremste kilden til autoritet. Med dialogen som et utgangspunkt for behandlingen, vil en kunne motvirke den dehumaniserende og undertrykkende funksjonen språket kan ha. Det er ikke lenger i lys av sin stilling behandlerne kan presentere et opplegg for behandlingen, eller si til pasienten hva han skal gjøre. Det er i dialogen autoriteten skal ligge (Bøe & Thomassen 2003:120-121) Her kommer likeverdet inn. Det er ikke et spørsmål om å ha rett. De ansatte må ta ansvaret og være den aktive pådriveren slik at det kan oppstå gode relasjoner, der det er tillitsforholdet og dialogens kvalitet som skal ligge til grunn. For at dette skal la seg gjøre er det nødvendig at ansatte og pasienten snakker samme språk. Dersom de ansatte bruker begreper i dialogen som pasienten ikke forstår, vil det ikke kunne eksistere en gjensidig dialog og behandlerne vil framstå som de som overkjører.

I løpet av en tid ved sykehuset vil pasientens språk forandre seg. Gjennom gjensidige dialoger vil pasienten kunne ta innover seg det språket som snakkes på sykehuset, og gjøre dette språket til sitt eget (Bøe & Thomassen 2003:121). Dette stemmer over ens

med det Vygotsky sa om hvordan språket går i fra å være noe som oppstår i sosial samhandling med andre, for så å gå over til det individuelle (Vygotsky 1978:26ff). Etter hvert som det nye språket utvikler seg hos pasienten kan dette føre til at han får en ny forståelse omkring sin egen situasjon, noe som igjen kan føre til forandringer (Bøe & Thomassen 2003:121). Men dette kan også føre til at pasienten blir mer repressiv overfor seg selv.

Frem til nå har jeg skrevet om de positive aspektene ved å utvide pasientens ordforråd. Behandlerne må være oppmerksomme på at pasienter som oppholder seg lenge på institusjon, etter en tid kan overta behandlerne sitt språk. Noen pasienter overtar etter en tid på psykiatrisk avdeling fagpersoners ord og uttrykk. Dette skjer uten at han gjør dette til en integrert del av sitt eget språk. Dersom pasienten overtar de ansatte sitt språk, vil ikke dette bli en del av pasienten selv. Veileder må innføre begreper, og gi dem mening. For å sikre at pasienten ikke kopierer hans språk, må behandleren være trygg på at pasienten har forstått meningen i begrepene. Dette kan behandleren avdekke ved å stille pasienten spørsmål av typen ”Gir dette uttrykket mening for deg?”. Et kritisk spørsmål som bør stilles til dette er hvor mye tid som skal brukes på å utvikle klientens begreper/ordforråd, eller hvor mye tid skal personale bruke på å forstå hva pasienten egentlig mener.

Alle individer skal ha sitt eget språk. I en dialog må alle som deltar i dialogen veksle mellom sitt eget språk og den fremmedes språk (Seikkula 2002:131). Gjennom språket må deltakerne finne en felles plattform slik at de kan utvikle en felles forståelse rundt temaet de snakker om. Den vekslingen som foregår mellom disse språkene er helt nødvendig for at språket skal bli forståelig for den enkelte deltaker. Dette gjøres ved at partene underveis i samtalen tilpasser seg hverandres språk, og de sørger for at det oppstår en felles erfaring.

4.3.1 Når begrepene mangler

En tilleggsvanske for mange psykiatriske pasienter er vanskeligheten med å gi uttrykk for opplevelsene. Seikkula (2002:155) viser til Penn (1998) som sier at personer som er i psykisk krise ofte opplever at ordene blir borte, og at det da blir vanskelig å sette

ord på det han føler eller opplever. Disse opplevelsene kan sees på som metaforer, som en psykotisk persons hallusinasjoner, eller som fysiske smerter (Seikkula 2002:155). Pasienten trenger støtte til å finne ord for det han tenker. Her er det viktig å huske på det Freire (Freire 2002) sier om at den som hjelper ikke må sette navn på verden på den andres vegne.

Et annet grunnlagsproblem er at stemninger ikke lar seg beskrive med ord. Det finnes ikke noe objektivt kriterium for hva for eksempel følelsen av tristhet, angst, glede, redsel og depresjon er. Dette er stemninger alle individer opplever forskjellig og det vil derfor være vanskelig å beskrive sin egen følelse til et annet menneske.

Prosesen med å hjelpe pasienten til å bli i stand til å føre sosiale og individuelle dialoger er et ideal i behandlingen. Behandlere må huske på at selv om pasienten ikke alltid er så sofistikert, kan han allikevel vite hva han vil. Pasienten trenger ikke nødvendigvis være i stand til å sette ord på alle sine følelser, for å kunne si hvordan han vil ha det.

De vanskene rundt det å sette ord på det individet opplever som er beskrevet overfor, betyr ikke at vi kan si at det er umulig med dialogen som tilnærming i behandlingen. Hvis vi beholder Vygotskys teori om at språket har en sosial opprinnelse og ikke er noe som kommer innenfra personen selv, vil de ansattes oppgave være, i samarbeid med pasienten, å hjelpe han med å sette ord på de opplevelsene som pasienten føler er vanskelig å beskrive. Målet er å venne pasienten til å beskrive det han tenker og føler. Når pasienten er i stand til dette, vil det igjen bli mulighet for han å styre sitt eget liv (Seikkula 2002:155).

Det er ikke nødvendigvis at vanskene med å sette ord på tanker, som kan virke truende for pasienten. Det kan også være motsatt; at det å ordlegge seg fører til nye forventninger fra behandlerne. Å sette ord på det han opplever, kan oppleves truende. Når pasienten er i stand til å sette ord på tilværelsen sin, kan det sees på som et tegn på friskhet, og nye krav kan stiles til pasienten. Som et eksempel her, kan vi tenke oss en pasient som, i en samtale med sin primærkontakt, kommer frem til den erkjennelsen at han er redd for å ta kontakt med andre mennesker. For å unngå å snakke med andre, holder han seg derfor mest mulig for seg selv. Etter at pasienten

har innrømmet hvordan han faktisk har det når han er sammen med andre mennesker over for sin kontakt, kan han bli redd for at denne innrømmelsen vil føre til at det kan bli stilt nye krav til han. Kanskje vil behandleren i en slik situasjon si til pasienten at det er nettopp det å være sammen med andre han må trene på. Pasienten som selv synes han hadde en trygg tilværelse, blir nå tvunget til å utfordre seg selv, der nye krav blir stilt. Det å bli i stand til å beskrive sine følelser kan for pasienter virke skremmende, fordi han vegrer seg for å endre en provisorisk ”trygg” tilværelse.

5.0 Å SETTE SYSTEMATISKE MÅL

Etter å ha redegjort for viktigheten av en subjekt-subjekt-relasjon mellom pasienten og den profesjonelle, er det tid for å gå ett skritt videre i prosessen mot optimal og reell brukermedvirkning. Subjekt-subjekt-relasjonen må i det videre arbeidet ligge der som en grunnmur, men dersom pasienten skal bli herre i eget hus er det flere aspekter som må på plass før reell og optimal brukermedvirkning kan oppnås. I dette kapitlet vil jeg ta for meg betydningen av å utarbeide mål underveis i bedringsprosessen. Deretter vil jeg redegjøre for hvordan pasienten i samarbeid med personale kan komme frem til hvilke mål som skal settes og hvordan de best kan arbeide for å nå de satte målene.

5.1 Hvorfor er mål så viktig?

Victor Frankl sier at en person må ha et mål, eller en mening med livet for å vite hvorfor han lever (Frankl 1974).

”Et menneske som ikke er i stand til å se slutten på en (provisorisk) tilværelsesform, er heller ikke i stand til å leve med et mål for øye. Det kan ikke lenger eksistere med retning mot fremtiden, slik som et menneske under normale forhold. Men derved endres hele strukturen i dets indre liv. Det melder seg indre forfallsfenomener, slik vi kjenner til fra andre livsområder” (Frankl 1974:72).

Med indre forfallsfenomener, slik vi kjenner det fra andre livsområder, trekker Frankl frem eksempelet om arbeidsledighet. De som ikke ser at arbeidsledigheten som noe midlertidig, vil heller ikke kunne ha det å få seg en jobb som mål. Selv overlevde Frankl et opphold i en konsentrasjonsleir under andre verdenskrig. Han mener årsaken til at noen overlevde, og andre ikke gjorde det, ikke kan begrunnes i at de overlevende var fysisk sterkere enn de som døde. Han mener at de som overlevde gjorde det fordi de kunne se for seg et liv i frihet, og videre hvordan det livet ville bli etter krigen.

Frankl sitt bilde kan overføres til innleggelse ved psykiatriske sykehus. De pasienter som ikke er i stand til å se for seg slutten av sykehusoppholdet, vil heller ikke være i stand til å se for seg hvordan livet skal bli etter at han er skrevet ut fra sykehuset. Pasienten må se for seg hva han ønsker å gjøre når han blir skrevet ut. Med målet om utskriving for øye, må han begynne å forberede seg på hvordan han skal leve når han er tilbake i samfunnet. For eksempel kan en pasient som har som mål å begynne å studere når han blir utskrevet, begynne å forberede seg på dette. Det kan han for eksempel gjøre ved å begynne å lese på pensum ved institusjonens skole.

5.1.1 Mål og håp – to likeverdige begreper

Det å ha et *mål*, slik som Frankl beskriver, er nært knyttet opp mot det Alain Topor skriver om *håp* (artikkel tatt fra internett 14.06.2005: <http://www.socialpsykiatri.dk>). For mange psykiatriske pasienter er det å håpe på et annet liv i fremtiden en avgjørende faktor i bedringsprosessen, fordi håp genererer viljen til forandring. Når en person er i stand til å håpe, åpner han samtidig opp for nye muligheter. Til å begynne med starter det med små endringer i pasientens daglige rutiner. Dette er endringer som omgivelsene kanskje ikke en gang merker, men som for pasienten fører til at han beviser overfor for seg selv at forhold i hans egen situasjon faktisk kan endres. Han ser at han ikke er helt avhengig av andre, men at han selv kan bestemme hvilken retning livet skal ta. Han kan håpe på å ta makten og kontrollen over sitt eget liv tilbake. Når pasienten selv har mistet håpet og hans tilværelse går mot det håpløse, er det de profesjonelles oppgave å hjelpe han med å viderebringe håp. Dette har nær sammenheng med endring av pasientens selvforståelse som jeg skrev om i kapittel 3.7.

5.2 Sonen for den nærmeste utvikling som et utgangspunkt for målsettingen

Hvordan kan pasienten og den profesjonelle utarbeide mål for behandlingen? I det følgende kapittel vil jeg, med utgangspunkt i Lev Vygotsky sin teori om sonen for den nærmeste utvikling, redegjøre for hvordan målene kan utarbeides.

Fra Vygotsky tenker vi at læring må tilpasses barnets utviklingsnivå (Vygotsky 1999). Det første vi må se på er barnets eksisterende utviklingsnivå, altså det som er personens mentale utviklingsnivå på det nåværende tidspunkt (Vygotsky 1999:157ff). Det er barnets eksisterende utviklingsnivå som vanligvis kommer frem når barnet blir testet med tester som skal si noe om dets mentale alder. Når barnet blir presentert for en evnetest skal det alene finne svarene på spørsmålene og løsningene på problemene. Dette kritiserer Vygotsky (Vygotsky 1999:158). Han mener det vil være en bedre om barnet blir testet ut fra hvor mye det er i stand til å få til ved hjelp av veiledning, og at det barnet er i stand til å greie ved hjelp av andre er en bedre indikator på barnets mentale utvikling. For å belyse dette tar han utgangspunkt i to barn med en kronologisk alder på ti år, og de har begge en mental utvikling på åtte år. Ut fra den tradisjonelle metoden å teste barna på vil man da konkludere med at barna er i stand til å løse oppgaver som er vanlig for åtteåringer. Hvis vi tar i bruk den tradisjonelle måten å tenke på, vil dette bety at barnas mentale alder, og læring på skolen, vil bli det samme for begge to fordi læring er avhengig av menneskets intellekt. Vygotskys innvending er at dersom disse barna hadde blitt eksponert for ulike måter å løse et bestemt problem på så ville vi muligens tenkt annerledes om et barns mentale alder. Si at begge disse barna får muligheten til å løse et bestemt problem, men denne gangen med litt hjelp. Nå viser det seg at det ene barnet er i stand til å løse problemet på et nivå til en tolvåring, mens det andre barnet løser det samme problemet på et nivå til en niåring. I følge Vygotsky (Vygotsky 1999:159), viser dette at de to barna ikke har lik mental alder. Ved hjelp av litt veiledning har barn svært ulike evner til å lære, noe som igjen vil påvirke deres læringsbaner i fremtiden vil utvikle seg forskjellig. Den forskjellen som er mellom tolv og åtte år, eller ni og åtte år er det Vygotsky kaller den proksimale utviklingssonen, eller sonen for den nærmeste utvikling:

”Det er avstanden mellom det eksisterende utviklingsnivået slik det bestemmes gjennom selvstendig problemløsning og det potensielle utviklingsnivået slik det bestemmes gjennom problemløsning under voksen veiledning eller i samarbeid med dyktige jevnaldrende” (Vygotsky 1999:159).

Sonen for den nærmeste utvikling sier noe om funksjoner som barnet besitter, men som ikke er modnet ennå, men som er i en modningsprosess (Vygotsky 1978:86). Pedagoger som arbeider ut i fra et slikt modningsperspektiv står i motsetning til de som arbeider ut fra barnets eksisterende utviklingsnivå der en ser på de allerede modnede funksjonene barnet er i besittelse av.

Vygotsky la, som beskrevet tidligere, vekt på at oppdagelser som barnet gjør, skjer innenfor et dialogisk samarbeid mellom barnet selv og personen som veileder barnet. Som i utviklingen av språket foregår også denne utviklingen først i det sosiale for deretter å gå over til det individuelle. Det vil si når måten å løse et problem på er blitt internalisert i barnet selv slik at det etter hvert blir i stand til å utføre oppgavene på egenhånd uten hjelp fra omgivelsene (Vygotsky 1978:84-91).

Ut fra et pedagogisk perspektiv viser teorien om sonen for den nærmeste utvikling at mennesket har potensial til å utvikle seg. De evnene menneske på et bestemt tidspunkt besitter, er ikke statiske og endelig fastlåste (Imsen 1997:224). I undervisningssammenheng skal læreren kartlegge hva eleven får til alene og hva han for til med litt hjelp. Når dette er kartlagt skal læreren legge opp undervisningen slik at eleven etter en tid vil være i stand til å nå opp til den ytre grense alene (Vygotsky 1978:84ff).

5.2.1 Anvendelsen av sonen for den nærmeste utvikling i psykiatrien

Vygotsky sin teori om sonen for den nærmeste utvikling er i utgangspunktet en teori som sier noe om hvordan barnet lærer. I hvilken grad er det mulig å overføre den støttende hjelpen læreren gir eleven i skolen, til den veiledningen behandlerne gir til pasienter på psykiatrisk avdeling? Dersom vi beholder Vygotskys hypotese om at kunnskap er noe som skapes sosialt, ikke minst gjennom språket, vil det da være mulig å benytte denne tanken i arbeidet med pasientens bedringsprosess?

Først og fremst kan vi vise til sonen for den nærmeste utvikling når vi skal argumentere for å belyse viktigheten av veilederens betydning. Vanligvis vil denne veilederen være pasienten sin primærkontakt på institusjonen. Når det utføres

kartlegging av en pasient må veilederen finne ut hva pasienten er i stand til å mestre alene, og hva han mestrer med ulike grader av hjelp. Målet må være at det pasienten i dag er i stand til å greie med assistanse av personalet, skal han om en stund være i stand til å mestre alene. For å finne ut av dette må de som foretar kartleggingen benytte seg av observasjon, samtaler med pasienten og behandlere, og ulike kartleggingsmaterialer. Ut fra dette må veilederen for eksempel prøve å finne ut hvordan pasienten tenker om sin egen tankeprosess og hvordan han lærer best. Veilederen må ta utgangspunkt i pasientens evner, og finne ut av hvor langt han kan nå, isteden for å se på hva pasienten allerede kan. Veilederen bør ideelt sett ta utgangspunkt i hva pasienten er i stand til å mestre med litt hjelp, deretter må veileder og pasient sammen drøfte de reelle og praktiske mulighetene når det skal utarbeides mål for hvor langt det er realistisk å tenke at pasienten vil kunne nå.

Når grensen for hvor langt det er mulig for den bestemte pasienten ”å nå”, må det settes opp delmål som til slutt skal føre frem til et hovedmål. Hovedmålet er grensen for hvor langt en mener det er mulig for pasienten å nå. Arbeidsoppgavene til pasienten blir, ut fra delmålene, å arbeide med små konkrete oppgaver som etter hvert skal gjøre at han er i stand til å nå sitt hovedmål. For å eksemplifisere dette kan vi bruke pasienten som ønsket å begynne på universitetet. Hovedmålet var å begynne på universitetet, men før det måtte han få studiekompetanse. For å få dette måtte han sette ned en rekke delmål som tok for seg hva han konkret måtte gjøre for at det store målet skulle nås.

Andre eksempler på bruk av den nærmeste utviklingssonen på en psykiatrisk institusjon er pasienten som ønsker å delta på et fotballag når han en gang skal skrives ut fra sykehuset. Sammen kan pasient og personale oppsøke fotballaget og de kan trene der sammen slik at pasienten vil være i stand til å gjøre dette alene når han skrives ut.

Et tredje eksempel er å oppsøke det dagsenteret pasienten vil bo i nærheten av når han blir utskrevet. Vet at pasient og personale sammen reiser til dette senteret og blir kjent med stedet og de som går der, vil føre til at pasienten vet hva han har å forholde seg til når han blir skrevet ut. Slik kan overgangen mellom det psykiatriske sykehuset og den kommende hverdagen ute i hjemkommunen bli mindre skremmende for

pasienten. Et annet viktig moment er at pasienten ser meningen med den aktiviteten han gjør på sykehuset fordi han har et mål med det han gjør. Han besøker dagsenteret fordi han ønsker å ha et sted å gå til når han skrives ut, ikke fordi han må ha en aktivitet som han kan fylle opp ukeplanen sin med.

Det er viktig at veilederen er bevisst på at noen pasienter i perioder kan ha nok med sykdommen sin og kanskje ikke er klare for nye og store utfordringer som det å ta utgangspunkt i sonen for den nærmeste utvikling gir. Her vil jeg minne om definisjonen av brukermedvirkning som ble presentert i kapittel 3.6.5, hvor jeg vektla at den ofte er ujevn og syklisk. I perioder der pasienten er dårlig, kan det beste for han være å arbeide med noe han vet han mestrer og har nok kontroll over.

6.0 HVORDAN FREMME REELL BRUKERMEDVIRKNING?

Frem til nå har jeg redegjort for relevante lover, forskrifter, begreper og litteratur som sier noe om hva som skal til for at det skal være mulig å oppnå optimal og reell brukermedvirkning. Nå går vi over i oppgavens andre del. Her vil jeg bruke den litteraturen og drøftingen jeg har presentert i foregående kapitler for videre å foreta en diskusjon av hvordan reell og optimal brukermedvirkning konkret kan gjennomføres på en bestemt psykiatrisk avdeling. Beskrivelsen av avdelingen i kapittel 2.2 vil være et underlagsmateriale for å drøfte de synspunkter jeg har presentert i foregående kapitler. Arbeidet ved avdelingen har gitt meg rom for å reflektere i konkrete handlingssituasjoner og i etterkant av bestemte handlinger. Det er dette Donald Schön kaller "*reflection in action*" og "*reflection on action*" (Schön 2002). Jeg er bevisst på at det eksisterer fordeler og ulemper med å reflektere rundt egen praksis, og at jeg vil sitte inne med en forforståelse som kan begrense de muligheter som kan finnes til å fremme reell og optimal brukermedvirkning.

Jeg vil starte med å beskrive hvordan en uke kan se ut ved en rehabiliteringspost. Deretter vil jeg diskutere hvilke muligheter som fins for at det skal kunne eksistere reell brukermedvirkning ved denne posten. Målet med dette kapittelet er å ta i bruk mitt erfaringsmateriale, knytte denne erfaringen opp mot de foregående kapitlene, for med det å inspirere til ny praksis som legger vekt på å fremme optimal og reell brukermedvirkning.

6.1 Hvordan en uke kan se ut ved en psykiatrisk avdeling

Når jeg nå skal beskrive hvordan en uke på en psykiatrisk avdeling kan se ut både for en pasient og for personalet, vil jeg gjøre det ved å ta utgangspunkt i ukeplanene til pasienten for deretter å supplere med personalets gjøremål.

Arbeidsuken for pasientene er mandag til fredag fra klokken ni til femten. I dette tidsrommet har ikke pasientene anledning til å gjøre avtaler utenom sykehuset. Dagen starter med felles frokost for pasienter og personalet ved posten, fra halv ni til ni. Det er en pasient som dekker, og dekker av, frokostbordet. Dette går hver uke på omgang

mellom pasientene. På mandager er det, etter frokosten, morgenmøte med gjennomgang av ukas program. Her tas det opp hva som skal skje den kommende uka, hvem som har meldt seg på turer, om det er noen som har noen spesielle avtaler også videre. Etter frokost er det arbeidstid frem til klokken femten, med lunsjavbrudd midt på dagen.

De fleste pasienter ved posten deltar enten i vedbanken eller på industrien. Begge disse arbeidsstedene ligger inne på sykehusets område. Ved vedbanken hugger pasientene ved som de siden pakker i sekker og selger til ansatte eller privatpersoner utenfor sykehuset. Det har også foregått andre aktiviteter her som å bygge varmestue og beising av utemøbler. Ved industrien foregår det ulike aktiviteter, men som oftest pakker pasientene varer på oppdrag fra bedrifter. For jobben pasientene utfører på disse to stedene får de utbetalt en symbolsk sum per time.

På sykehuset ligger det en egen skole der pasienten blant annet har mulighet til å ta enkeltfag de trenger for å få studiekompetanse, lære data eller lese til teoriprøven for førekortet. Undervisningen foregår en til en, og dette er et tilbud som kun dreier seg om noen få timer i uka. Dersom pasienten får tilbud om undervisning dreier dette seg som oftest om to til fire timer i uka.

6.1.1 Ulike aktiviteter

Hvem bestemmer hvilke aktiviteter den enkelte pasient skal delta på, og eventuelt hvor mye han skal delta på den bestemte aktiviteten? Hvor mye hver pasient deltar på de ulike oppgavene kommer an på funksjonsnivået til den enkelte, og om han har fått tilbud om plass på den bestemte aktiviteten. Det vanlige er at pasienten starter på for eksempel industrien noen få timer en eller to dager i uka, for etter hvert å øke antall timer og dager. En pasient kan gjerne delta på både arbeidsbank, industri og skole, men i løpet av en uke er det vanlig at pasienten har mye tid der det ikke er satt opp spesielle aktiviteter.

Foruten disse aktivitetene får pasientene tilbud om en eller to arrangerte turer i uka. Dette er turer som er felles for alle postene på sykehuset. Det settes opp et program

der alle turene de neste ukene er presentert. Programmet er variert med alt fra skiturer, fotturer, kino, besøk på museum også videre. Pasientene skal uken i forveien melde seg på ønsket tur, og denne påmeldingen er i utgangspunktet bindende.

Når det nærmer seg tiden pasienten skal skrives ut fra sykehuset er det vanlig at pasienten starter botrening i den leiligheten han skal flytte til. Det varierer hvordan treningen foregår, men det vanlige er at pasienten og hans primærkontakt til å begynne med tilbringer noen timer i den nye leiligheten. Etter hvert øker tiden de er der, og etter en stund begynner pasienten å være der mer og mer alene. Når utflyttingstiden nærmer seg får også noen pasienter tilbud om å jobbe ved en vernet bedrift utenfor institusjonen.

I ukedagene er det, bortsett fra måltidene, ingen faste aktiviteter på ettermiddagene og kveldene. Middagen er klokken halv fire, og den blir laget ferdig fra sykehusets felleskjøkken. På samme måte som til frokost er det en pasient som setter av og på kveldsmaten. Bortsett fra lunsjen spiser personalet ved posten sammen med pasientene.

Dersom det er nok personale på jobb er det tur ut for posten på onsdag ettermiddag. Som oftest går disse turene til et kjøpesenter i nærheten. De andre kveldene holder de fleste pasientene seg inne på posten. Pasientene går litt til og fra mellom rommet sitt, eller hybelleiligheten, og fellesstua. I fellesstua ser de ansatte på tv sammen med pasientene, spiller kort, prater eller leser aviser. På kveldsvakten er det to ansatte på jobb, og det er derfor liten mulighet for de ansatte å forlate posten. Dersom det er rolig på posten kan pasientene få tilbud om å gå en tur i nærmiljøet.

I helgene er det ingen faste aktiviteter, og muligheten for å gjøre noe begrenser seg siden det kun er ett personale på jobb i helgene. De pasientene som har anledning til det, og som har fått innvilget permisjon, har muligheten til å forlate posten noen timer eller dager i forbindelse med helgen. Psykiatriske pasienter mangler ofte et nettverk rundt seg, og de har derfor ingen å reise til i forbindelse med permisjoner. En del har liten kontakt med familien sin, og de mangler ofte venner uten om institusjonen. Mange pasienter tilbringer derfor hele helgen ved posten i helgene, og

de sier de kjeder seg i helger og ferier. De sier de bare venter på at det skal bli mandag igjen fordi i ukedagene skjer det i det minste noe.

Hva skjer dersom pasientene ikke følger ukeplanen? Den vanligste sanksjonen er da at pasienten i et visst tidsrom ikke får anledning til å reise på permisjon.

6.1.2 Hva gjør personalet ved avdelingen?

Ansatte på psykiatriske avdelinger vil i løpet av en uke inneha ulike roller, og ha mange forskjellige arbeidsoppgaver. De skal være alt fra en omsorgsperson som skal gi trygghet og trøst, til å være en person som motiverer, er samtalepartner, veileder og organisator. Personalet har som oftest en pasient som hun er primærkontakt for, og en pasient som hun er sekundærkontakt for. Hver pasient har altså en primærkontakt og en sekundærkontakt. Under postens psykiater, er det primærkontakten som har det daglige hovedansvaret for pasienten. Det er hun som skal motivere og hjelpe pasienten med å få utført de daglige oppgaver. Hun skal for eksempel se til at pasienten står opp om morgenen, og at han får i seg nok mat. Hun skal hjelpe han med å strukturere dagen, holde orden på avtaler, hans daglige økonomi, og eventuelt hjelpe pasienten med praktiske oppgaver som vasking av klær, skifting på sengetøy og rydding av pasientens rom. Dersom pasienten ønsker å snakke med et personale om noe, som for eksempel søknad om permisjon, er det først og fremst primærkontakten han skal henvende seg til.

6.2 Hvordan ser jeg for meg en optimal uke?

De fleste som jobber ved et psykiatrisk sykehus vil si seg enig i at pasientene skal ha brukerinnflytelse. Utfordringen kommer når de skal definere hva dette er og hvordan behandlingsinstitusjonen praktisk kan legge til rette for den. Nå som jeg har beskrevet hvordan en uke kan se ut på en psykiatrisk avdeling, vil jeg ta utfordringen med å beskrive hvordan jeg ser for meg at en optimal uke kunne vært dersom tanken om reell brukermedvirkning hadde stått sterkere.

Mange pasienter vil trolig være tilfredse med det tilbudet som er beskrevet over. Det finnes pasienter som liker å jobbe på industrien og å dra på fellesturer, men hva med de pasientene som ikke er tilfredse med dette tilbudet? Hva skal vi gjøre for dem? Utgangspunktet for behandlingen må være med at behandleren og pasienten setter seg sammen og utarbeider en behandlingsplan. Uten en slik plan, kan oppholdet på institusjonen bli perspektivløst, og sykehuset kan virke som et oppbevaringssted istedenfor å være et sted der pasientene kan bli bedre.

Når behandlingsplanene skal utarbeides må pasienten og den profesjonelle starte med å snakke sammen om hvilke ønsker pasienten har for oppholdet, og hva pasienten selv mener han har behov for å trene på for at han skal være i stand til å klare seg i samfunnet. Utgangspunktet for behandlingsplanen bør blant annet basere seg på kartlegginger av den enkelte pasient. Hvor står pasienten nå og hvor langt er det mulig at han kan nå (jamfør kapittel 5.2 om sonen for den nærmeste utvikling). Hva er det pasienten har behov for å lære? Er det nødvendig at han øver seg i å mestre sosiale situasjoner som for eksempel det å ta bussen og å gå på et kjøpesenter, eller er det helt andre behov pasienten har?

Når denne kartleggingen av pasientens evner er foretatt, bør videre arbeid bestå i at pasienten og behandleren sammen utarbeide en behandlingsplan. For at pasienten skal se på seg selv som en aktør i eget liv er det viktig at pasienten føler at den planen som lages er hans plan, og at de tiltakene er tiltak han selv har vært med på å utarbeide. Utgangspunktet må være dialog basert på et subjekt-subjekt-relasjon, og planen må være realistisk i forhold til forutsetninger og begrensninger.

Behandlingsplanen bør inneholde overordnede læringsmål for hva pasienten ønsker å oppnå i løpet av sitt opphold på den psykiatriske avdelingen. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten har et papir der det står at han skal være i stand til å for eksempel mestre det å ta en telefon til et offentlig kontor, eller at han skal begynne på det lokale fotballaget. Når de overordnede læringsmålene er utarbeidet, må de brytes ned til mindre delmål. Disse delmålene må igjen inneholde punkter for hvordan pasienten konkret tenker at han kan nå de fastsatte målene. Den må inneholde metoder for hvordan målene kan nås. Når en slik behandlingsplan er utarbeidet kan partene videre konkretisere denne planen i for eksempel en månedsplan eller en ukeplan. Det å gå fra en behandlingsplan som inneholder overordnede mål, via en plan med delmål, og

ned til en ukeplan er med på å hjelpe pasienten til å bryte ned de overordnede målene som kan se truende ut for pasienten, til mer konkrete daglige gjøremål.

Det er viktig at planen består av aktiviteter som gir pasienten positive erfaringer. Positive erfaringer i hverdagen er en viktig del av bedringsprosessen (Topor 2003:74). Disse erfaringene vil etter hvert integreres i individet sitt selvbylde. Når pasienten erfarer at han lykkes med oppgaver han tidligere ikke mestret vil dette over tid være med på å gi han en ny identitet fordi pasienten mestrer en ny ferdighet og dermed overskrider det han tidligere var.

6.3 Hvordan fremme den gode dialogen i praksis?

En kultur ved posten er at de ansatte ikke skal ta rollen som selskapsdamer. I dette ligger det at det for eksempel er legitimt ”å trekke seg tilbake til vaktrommet for å lese litt i et blad, fordi pasientene må venne seg til å være alene”. Begrunnelsen for at pasientene bør venne seg til å være alene er at mange pasienter, på grunn av sitt manglende sosiale nettverk, antakelig vil kommet til å tilbringe mye tid alene når de flytter i fra sykehuset og over i egen bolig. Når personalet lukker seg selv inn på vaktrommet, vet pasienten at personalet er tilgjengelig dersom han skulle ha behov for dem. En kritikk mot denne praksisen er at personalet ikke er fysisk til stede der pasientene befinner seg, og at de dermed reduserer muligheten for å få en god dialog med pasientene. Tiden som brukes på vaktrommet kunne isteden blitt brukt til å samtale med pasienten.

De ansatte må ikke gi opp bedringsprosessen. Det de ansatte gjør er for det meste av praktisk art. Det som skulle vært hoveddelen av arbeidet er samtalen. Det må ikke være slik at personalet har så mange arbeidsoppgaver som må utføres at de ikke har tid til å prate med pasientene. Det må heller ikke være slik at pasienten må ha et konkret problem for å snakke med personalet. Det må være rom for ”å snakke for å snakke”. Hvordan kan vi best legge til rette for å fremme den gode dialogen mellom pasienter og behandlere? Det er personalet som må ta ansvar for å skape rom til disse samtalene. De må være seg bevisste at samtaler ikke alltid oppstår av seg selv. Hvem er det som snakker under måltidene? Er det personalet som prater seg i mellom om

den forestående sommerferien eller snakker de om et tema der alle kan bidra med sine tanker? Det er de ansatte sitt ansvar å finne temaer som alle kan være med å diskutere. Dersom personalet snakker om hvor deilig det vil bli med ferie, er det antagelig et tema som ikke vil innby til samtale mellom alle som sitter rundt bordet. Mange psykiatriske pasienter har ikke vært på ferie på flere år, men trolig skulle flertallet av dem ønske at de hadde hatt mulighet til å reise på ferie. Dersom alle skal bli involvert i samtalen må det altså snakkes om noe som interesserer flest mulig, og det må snakkes et språk som alle kan forstå. Det er ikke sikkert alle forstår vanskelige fremmedord. Personalet, som vil være den profesjonelle hjelper, må fokusere på metakognisjon. De må være bevisste sine egne tankeprosesser. Hva formidles til pasientene i fellessamlingene? Personalet må være profesjonelle også i sosiale sammenhenger. De må tenke over hva det faktisk snakkes om. Dette går på bevissthet hos personalet.

Bøe & Thomassen (2003) stiller spørsmål til om det kan bli slik at behandling som tar utgangspunkt i dialoger mellom partene kan ha en form som favoriserer pasienter som er flinke til å ordlegge seg. Dialoger mellom den profesjonelle og pasienten tar utgangspunkt i at partene kan uttrykke seg ved hjelp av språket. Dette passer godt for de pasienter som er flinke til å uttrykke seg muntlig. De som ikke er så flinke til dette kan oppleve å komme til kort eller bli ekskludert (Bøe & Thomassen 2003:213). Dersom behandlingen i stor grad bygger på dialoger kan dette skape et skille mellom pasienter som føler seg inkludert og ekskludert. Videre stiller de spørsmål til om det er blitt etablert en verbaliseringskultur på de profesjonelles premisser. Pasientene på sin side kan oppleve at det snakkes mye, men at det ikke kommer noen resultater ut av det de snakker om. Dette kan føre til at pasienten føler at pratingen fører til maktesløshet.

Det finnes andre gode måter å utvikle gode relasjoner mellom pasient og ansatte. Det er ikke nødvendigvis å sette seg ned å snakke sammen som er den beste måten å utvikle gode relasjoner på. Istedenfor å sette seg ned å prate, kan partene gjøre noe sammen, og oppleve noe i fellesskap. Å gjøre ting sammen kan særlig være nyttig når nye relasjoner skal etableres. For en pasient som er ny på en avdeling kan det virke befriende og mindre skremmende å for eksempel lage middag sammen med sin nye primærkontakt istedenfor å sitte ned å snakke. Gjennom å gjøre noe praktisk er det

ofte at dialogen kommer i gang av seg selv. Når pasienten blir moden for det kan det tenkes at det blir mer naturlig å ha mer strukturerte dialoger.

6.3.1 Kan vi snakke om "Kjemi"?

Dersom vi ønsker at det skal oppstå en god dialog mellom ulike individer må vi ta utgangspunkt i kjemien mellom mennesker. Alle har vi noen mennesker vi føler at vi har lettere for å snakke med enn andre. Det er noen vi føler at vi kommer godt overens med, mens andre igjen føler vi at vi har mindre til felles med. Med dette som utgangspunkt burde alle pasienter få velge sin egen primærkontakt. Det er ikke alle vi kan ha en god dialog med. Dette er det viktig å være bevisst på når pasienten skal tildeles primærkontakt. Det er viktig at personen jobber med å finne en kontakt som passer til den aktuelle pasienten. Samtidig er det viktig at den som skal være primærkontakt får en pasient som han selv synes han kommer godt overens med. Vi kan her snakke om at det er en personkjemi mellom den ansatt og pasienten. En slik kjemi er viktig for at det skal etableres et subjekt-subjekt-relasjonen mellom primærkontakten og pasienten. De bør, så langt det er mulig få en primærkontakt som de selv mener at de passer godt sammen med. Hvordan kan dette løses i praksis?

På personen som er beskrevet over er det pasienter av begge kjønn og i alle aldersgrupper. Hva slags mennesker er det personalet består av? Det er, med få unntak, kvinnelige sykepleiere i førti- og femtiårene. Dersom vi skal legge den gode dialogen til grunn for samarbeidet mellom behandler og pasient, kan vi stille spørsmålet om en mannlig pasient på atten år føler at han oppnår den optimale dialogen med sin femti år gamle kvinnelige primærkontakt? For en del pasienter spiller nødvendigvis ikke kjønn og alder noen rolle for samarbeidet mellom pasient og behandler. De kan allikevel ha sammenfallende interesser og en kjemi som stemmer. Andre pasienter ville nok synes det var lettere å snakke med en behandler som er litt mer lik seg selv. En behandler som er opptatt av musikk og filmer, og som ikke bare er opptatt av hvor lite ryddig det er på pasientens rom. For at pasienten skal ha muligheten til å få en primærkontakt som han føler at han kan samarbeide med er det en forutsetning at avdelingen ansetter personale med ulikt kjønn, interesser og

alder. En annen forutsetning er at pasienten, når han overflyttes til posten får tid til å bli kjent med de ansatte, og først etter en stund får tildelt primærkontakt.

Kjemi kan ikke måles. Kjemi forutsetter et subjekt-subjekt forhold mellom pasient og behandler. Utover det er det vanskelig å gi en presis begrepsavklaring på hva ”kjemi” mellom mennesker er. Er det tilstrekkelig at pasienten kommer godt over ens med pasienten og viser han respekt og interesse for hva den andre mener? Dersom dette er til stede i begynnelsen, kan kanskje kjemien oppstå etter hvert. Et annet spørsmål er om personalet må like pasienten han er primærkontakt for? Svaret på dette må være at det vil være en fordel, fordi samarbeide dem i mellom vil bli enklere.

6.3.2 Relasjoner til familie og venner

Det er også viktig at sykehuset legger til rette slik at pasienten har mulighet til å opprettholde relasjoner som allerede eksisterer i pasientens liv. Dette kan være familie og venner som pasienten har kjent i mange år og som kjenner han fra tiden før han ble syk. Dette er personer som vet at pasienten er mer enn en psykiatrisk pasient, og som også kan hjelpe pasienten til å holde håpet oppe i perioder hvor han selv bare har lyst til å gi opp. Dette er personer som har kjent pasienten i lang tid, og som vil være en slags ”rød tråd” og en forankring i pasientens liv (Borg & Topor 2003:79, 109). Dette er personer som kan hjelpe pasienten til å se sitt liv i en helhet, der det har vært både gleder og sorger, slik at han etter hvert får sin egen historie.

Gjennom et langt institusjonsoppold må de fleste pasienter bo på ulike avdelinger ettersom hvor i bedringsprosessen de befinner seg. Dette medfører at personale vil byttes ut underveis i behandlingen. Dette gjør stabile relasjoner til venner og familie ekstra viktig fordi de sørger for en slags kontinuitet i pasientens liv. For at personer utenfra skal komme på besøk må sykehuset fremstå som en åpen og fleksibel institusjon der besøkende føler seg velkomne. Regler og rutiner må ikke være så fastlåste at det blir vanskelig for besøkende og komme på besøk.

7.0 INDIVIDUELLE PLANER – SLIK DE BLIR BRUKT PÅ DET AKTUELLE SYKEHUSET

Når pasienten skrives inn på sykehuset, blir det utarbeidet en individuell plan. Det er vanlig at pasienter, i løp av innlegglesesperioden, bor på flere poster. Den individuelle planen vil da følge pasienten fra en post til en annen. Planen vil bestå til pasienten skrives ut av sykehuset og til han da overføres til kommunen. Pasientene er selv med på de møter der planen utarbeides. Det er pasientens ønske for fremtiden som er utgangspunktet for planen. Det er ikke noen systematikk i forhold til hvor ofte planen evalueres. Den blir evaluert på teammøter og behandlingsmøter.

Avdelingen jeg viser til i denne oppgaven, bruker faste maler når de utarbeider de individuelle planene. Det finnes mange typer maler, men sykehuset har etter hvert utarbeidet en egen en som de mener dekker deres behov. De har funnet ut at det mest brukervennlige for dem er å lage en kortfattet individuell plan. De ønsker at den skal være kort og konkret og at den ikke skal overstige en side. De er klar over at det finnes planer som kan være opp til en sju-åtte sider, men de mener at en lang individuell plan mister litt av sin hensikt fordi den ikke blir lest. Malen til den individuelle planen har avsatt litt plass til pasientens hovedmål og delmål, men siden planen ikke bør overstige mer enn en side, vil det derfor ikke la seg gjøre å gå i detaljer på noen av disse målene. Når planen skal utarbeides, gjøres dette i samarbeid mellom pasient, primærkontakt og sosialkonsulent. Ansvarsforholdet må avklares slik at alle vet hvem det er som skal gjøre hva.

I dag har ikke sykehuset utarbeidet noen systematikk eller noen regler som omhandler hvordan behandlingsplanene skal utarbeides. Dette varierer også fra post til post. Når det gjelder de mer konkrete spesifikke målsetningene for hva pasienten skal gjøre, blir de som oftest nedfelt i ukeplaner. Det kan for eksempel være et hovedmål at pasienten skal bli tryggere i sosiale situasjoner. På ukeplanen kan dette for eksempel brytes videre ned til at pasienten skal ha busstrening på en gitt dag og klokkeslett. Den kartleggingen som foregår blir basert på ulike journaler og ellers på den observasjon og informasjon den ansatte til hver tid har foretatt av pasienten. Det kan stilles spørsmål til om dette er tilfredsstillende for å finne frem til pasientens iboende evner og ressurser.

Dersom bedringsprosessen skal ta utgangspunkt i pasientens nærmeste utviklingssone kan vi stille spørsmål til om det er tilstrekkelig med den måten sykehuset arbeider ut i fra i dag. Slik vi har sett foretas det ikke en systematisk kartlegging av pasientens evner og forutsetninger. Dersom de ønsker å jobbe ut i fra sonene for den nærmeste utvikling, må kartleggingen starte med å stille spørsmål til hva pasienten mestrer nå og hvor langt det kan forventes at han kan nå i fremtiden. Deretter må dette deles opp hovedmål og delmål og skriftliggjøres.

7.1 Brukermedvirkning forutsetter mer enn en individuell plan

Ut fra hvordan de individuelle planene brukes ved den aktuelle avdelingen ser jeg at de individuelle planene sier lite om hovedmål og delmål til pasienten. Hvilke læringsstrategier pasienten skal ta i bruk, sier planene ingen ting om. Planen brukes mer som en samarbeidsplan for å koordinere de ulike instanser i kommunen. At en godt utarbeidet individuell plan kan være til hjelp for pasientens bedringsprosess har jeg lagt vekt på i oppgaven. Det må ikke utvikle seg i en retning av at så lenge pasienten har fått en individuell plan så tenker behandleren at nå har han gjort jobben sin. Den individuelle planen skal være et arbeidsdokument som jevnlig må tas opp og leses. I dette avsnittet vil jeg derfor skrive om hva mer pasienten trenger for at brukermedvirkningen skal være optimal og reell.

Det er ikke nødvendigvis direkte sammenheng mellom individuell plan og brukermedvirkning. Den individuelle planen kan fort bare bli et formelt dokument som omhandler hvilke instanser som skal samarbeide. Formålet med å utarbeide slike planer er å sikre samhandling mellom forvaltningsnivåer og ulike sektorer for å sikre at pasienten får et helhetlig tjenestetilbud. For pasienter som ikke bor på institusjon er et slikt samarbeid helt nødvendig. Det samme gjelder for pasienter som snart skal skrives ut av sykehuset. For disse pasientene er det nødvendig å sikre at hans fremtidsmål blir ivaretatt av kommunens ulike etater når han skrives ut. For pasienter som fremdeles har et langt opphold foran seg på institusjonen, er den store vektleggingen av en slik plan kanskje litt mindre relevant. Utarbeidelsen av en slik plan sikrer ikke nødvendigvis at pasientens arbeid mot hans ulike fremtidsmål blir

ivaretatt den tiden han er innlagt på sykehuset. En pasient skal kanskje oppholde seg på institusjonen i flere år. Det vil være nødvendig med en individuell plan som sier noe om hvilke mål pasienten har for fremtiden. Samarbeidet mellom de ulike etatene, er ikke nødvendigvis det viktigste for pasientene i første omgang. Det er viktigere å rette oppmerksomheten mot hva slags tilbud pasienten kan få der, som kan hjelpe pasienten mot det overordnede målet. Det er her behovet for behandlingsplaner oppstår. Det er i disse planene pasientens hovedønsker for oppholdet på institusjonen må brytes ned til mindre delmål. Uten slike konkrete planer, blir oppholdet perspektivløst.

For at den individuelle planen kun må være overordnet det utarbeides andre underliggende planer eller tiltak. En naturlig inndeling kan være å ta utgangspunkt i en individuell plan. Denne planen vil være overordnet de andre planene. Videre kan det lages planer som tar for seg for eksempel:

- behandlingsplan
- fritidsaktiviteter
- økonomi
- bosted

Dette vil være planer som kan være mer spesifikke enn den individuelle planen. Planene må være utarbeidet slik at de kan brukes av pasienten i det daglige.

8.0 BRUKERMEDVIRKNING – ET DILEMMA

Sunniva Ørstavik (1995) betrakter brukermedvirkning som både en gode og en byrde for pasienten. Dette fordi brukermedvirkning gir pasienten visse rettigheter, men til gjengjeld får pasienten visse forpliktelser overfor den behandlingen som foregår (Ørstavik 1995:33-34). Ørstavik tar for seg brukermedvirkning i forhold til pasienter som lider av kronisk sykdom, men mange momenter kan også overføres til psykiatriske pasienter. Når et individ går inn i sykerollen gis det en legitim grunn til å bli fritatt for en del forpliktelser som det til vanlig har overfor samfunnet. Dette kan for eksempel være jobb eller arbeidsoppgaver i hjemmet. Det å være syk fritar også pasienten fra en del ansvar rundt egen sykdom. Pasienten har ikke selv fullt ansvar i forhold til eventuelt utilstrekkelighet som sykdommen kan medføre i forhold til vanlige sosiale aktiviteter.

Pasienten står også overfor noen forpliktelser i forhold til det å være syk. Det er forventet at han ønsker å bli frisk, og at han som en følge av det søker kyndig hjelp for å bli raskest mulig frisk. Når den syke har fått hjelp fra de kyndige forplikter han seg videre til å samarbeide med dem og følge deres råd (Ørstavik 1995:34).

Ørstavik (1995:124) har laget et skjema som viser hvilke dilemmaer brukermedvirkning kan ha for pasienter og behandlere, og for begge disse parter kan brukermedvirkning sees på som både en trussel og et dilemma i en behandlingssituasjon:

Fig 1. Brukermedvirkning som trussel og mulighet for pasienter og fagfolk (Ørstavik 1995:124).

	Brukermedvirkning som trussel	Brukermedvirkning som mulighet
For fagfolkene	<ul style="list-style-type: none"> - mot faglig frihet - mot effektivitet - mot mål - mot universell norm - mot struktur 	<ul style="list-style-type: none"> - for demokratisering - for mindre ansvar - for å lære - for skjult kontroll
For pasientene	<ul style="list-style-type: none"> - mot å være syk - mot å få hjelp - mot å få omsorg - mot å slippe ansvar - mot forutsigbarhet 	<ul style="list-style-type: none"> - for innflytelse - for økt selvforståelse - for økt selvtilitt - for å bli hørt - for individualisering - for å bli tatt på alvor

Brukermedvirkning er en ideologi som har som utgangspunkt i at det er brukeren som selv vet best hvor skoen trykker. Det er brukeren som vet best om eget liv og det er han som er ekspert på egen sykdom (Ørstavik 1995:102). Det betyr ikke at det nødvendigvis er pasienten som vet best hvordan behandlingen skal foregå. Selv om pasienten vet hvordan det er å være syk, er det ikke alltid de som har den beste løsningen på hvordan han skal bli bedre. I visse situasjoner kan det være en befrielse for pasienten at eksperter tar avgjørelser for dem angående hvilke behandling som vil være til det beste for den enkelte pasienten. Hverdagen kan for noen pasienter være krevende nok, slik at det kan være en lettelse for dem å vite at det er noen som innehar mer kunnskap enn dem selv på en del områder (Ørstavik 1995:103ff).

8.1 Brukermedvirkning og ansvarsfraskrivelse

Å arbeide brukerorientert kan være en utfordring for de ansatte. De skal utvikle en god relasjon til pasienten, samtidig som de skal sette grenser og iverksette tvangstiltak for han. Fagfolk må være nære og omsorgsfulle samtidig som de må

kontrollere (Borg & Topor 2003:114). Det vil alltid finnes grenser for brukermedvirkning. Dersom pasienten alltid kan gjøre som han vil, snakker vi ikke lenger om brukermedvirkning men om ansvarsfraskrivelse. Et aspekt som vi må ta hensyn til når vi ønsker å fremme brukermedvirkning på psykiatriske institusjoner er at brukermedvirkningen ikke må føre til ansvarsfraskrivning fra behandlerne sin side (Vatne 1998:25). Det er ikke slik at desto mer pasientene selv får bestemme, jo større grad av brukermedvirkning kan de ansatte si at pasientene har. Dersom pasienten i en for stor grad gis selvbestemmelsesrett, kan dette gå på bekostning av behandlingen av pasienten. Å si ”Jeg vil, jeg vil” er ikke tilstrekkelig. Det er ikke den sterkeste som skal trumfe sin vilje igjennom. Begge parter må bli hørt, og begge parter må være åpne for gransking av sine argumenter. Dette gjøres ved at den enkelte må gjøre rede for det syn han har ved å legge dette åpent frem for den motsatte part. Jeg vil her vise til den betydningen begrepet brukermedvirkning har fått i oppgaven (se side 38), der det vektlegges at pasient og behandler ved hjelp av gjensidig dialog skal sette opp mål slik at pasienten skal finne veien tilbake til samfunnet. Hvor mye hjelp pasienten trenger er avhengig av hvor i sykdomsforløpet han er. I perioder vil han være i stand til å greie mye alene, mens han i andre dager vil være avhengig av mye hjelp. I perioder pasienten er avhengig av mye hjelp må behandlerne sørge for at dette blir gitt. Hvis behandlerne fraskriver seg dette ansvaret, vil mye av behandlingen bli overlatt til pasienten, og vi har ikke lenger reell brukermedvirkning. Reell brukermedvirkning er først til stede når pasientens selvbestemmelse ikke kommer i konflikt med hans behov for omsorg, eller fellesskapets interesser.

Jeg vil konkretisere dette med et eksempel. En pasient ønsker å reise på helgepermisjon. Ut fra perspektivet om reell brukermedvirkning, kan behandlerne gi tillatelse til dette med begrunnelse i at det er pasientens eget ønske, og at hans ønsker må bli tatt på alvor. Det kan være ulike grunner til at personalet mener pasienten ikke bør få innvilget permisjon. Det kan tenkes at pasienten er så syk at personalet ser at det ikke vil være bra for pasienten å reise på en slik permisjon. Vi kan da si at pasienten ikke har rett til selvbestemmelse. Kan vi da si at det er brukermedvirkning ved avdelingen? Dette er det ikke enkelt å gi et rett svar på. Hvis pasienten får reise, kan vi si at hensynet til brukermedvirkning ivaretas, selv om dette kanskje kan kalles for misforstått brukermedvirkning. Det er likevel fortsatt brukermedvirkning selv om pasienten ikke får reise på permisjon. Dersom vi trekker inn omsorgsperspektivet,

kan vi si at behandleren viser omsorg for pasienten ved å gi avslag på søknaden. Av og til må behandleren gå på tvers av pasientens ønsker, fordi hun tenker at pasienten selv ikke er i stand til å ta de beste valgene. Å vite når det er riktig for behandleren å gå i mot pasientens egne ønsker vil være en avveining. Når hun velger å ta andre avgjørelser enn det pasienten ønsker, er det nødvendig at hun går i dialog med han og forklarer pasienten hvorfor hun har kommet frem til at pasienten ikke har selvbestemmelsesrett på dette område. Hvis behandleren gjør dette, kan vi si at det på tross av at pasienten ikke har full selvbestemmelsesrett, kan det fremdeles være reell brukermedvirkning ved institusjonen. Brukermedvirkning kommer ut fra dialog. Dersom pasienten og den ansatte har en likeverdig dialog rundt temaet, og behandleren forklarer pasienten hvorfor han ikke får reise, tilfredsstiller dette kravene til brukermedvirkning fordi autonomien alltid vil ha en ramme. En for stor grad av selvbestemmelse/autonomi kan føre til at for mye ansvar blir overlatt til pasienten (Vatne:1998:24). Dette kan føre til ansvarsfraskrivelse hos behandlerne. Den store utfordringen ligger i å finne en balansegang mellom bruken av selvbestemmelse/autonomi og å sikre seg mot at ansvaret for behandlingen ikke skyves over på pasienten. Behandleren må kontinuerlig veie opp pasientens rett til individuell frihet med sikkerhet og trygghet basert på faglig kunnskap (Vatne:1998:24).

8.1.1 ”institusjonalisering”

I psykiatrien snakkes det om at pasienten blir institusjonalisert. Pasienter som har vært innlagt på et psykiatrisk sykehus i en lenger periode utvikler gjerne sin passive side. Som innlagt kan pasienten tillate seg å være mer passiv. Etter opphold på ulike avdelinger er de blitt vant med at personalet hjelper de med daglige gjøremål. Etter en stund kan det tas som en selvfølge å be om trivielle ting de lett kunne utført selv. Dersom det for eksempel mangler melk på bordet er det bare å si fra til personalet så går de til kjøleskapet for å hente melka. Et spørsmål som kan drøftes er om overgangen fra aktiv til passiv kan bidra til at ”institusjonaliseringen” oppstår?

Alle mennesker viser til tider ulike sider ved seg selv. Det kan eksempelvis være svake, sterke, sjenerøse, passive og aktive sider. Spørsmålet er i hvilke situasjoner

visse sider kommer frem. Dette er dynamisk. Mennesket er ikke enten aktivt eller passivt. Hva vi er, vil veksle mellom ulike situasjoner. Det viktige er hva de ansatte ved posten tillater at pasienten er. Forsterker sykehuset pasientens passive side, vil han bli der. Dette passer med det Victor Frankl sier om viktigheten av å sette seg mål (Frankl 1974). Pasienter som har mål for hvordan livet skal bli etter at han er utskrevet, vil arbeide aktivt for å nå dette målet. Dette vil minske sjansen for passivitet hos pasienten.

Det er videre viktig at personalet foretar en rolleavklaring i forhold til pasienten. Dersom pasienten for eksempel sier at han ikke gidder å hente melka i kjøleskapet, må han få vite at dette forventes av han når han bor på denne avdelingen.

8.1.2 Ambivalens hos pasienten

Det er viktig å respektere pasienten sitt system. At han sier nei til det som blir foreslått kan sees som en legitim del av pasientens forsvar. Dette dreier seg om en systemkamp som kan være vanskelig for de ansatte å sette seg inn i fordi de kan ha så ulik virkelighetsforståelse. Det kan være vanskelig å oppnå bærende allianser med psykiatriske pasienter ut i fra ulik virkelighetsforståelse. Pasienten binder seg ikke. En dag kan de være enig i behandlingsprogrammet som utarbeides. Den neste dagen kan de si at dette gidder de ikke være med på. Mange behandlere kan mislykkes i denne prosessen fordi de ikke finner værende allianser.

En årsak til at pasienten kan opptre ambivalent kan være at behandlingen fører til så store endringer hos pasienten, at det kan være vanskelig for han å skulle fastholde de nye rollene. Et eksempel kan være pasienten som etter å ha ligget på senga i flere måneder, begynner på skolen. Han vil måtte endre hvordan han tenker om seg selv. Tidligere så han kanskje på seg selv som en lat person. Han var gutten uten initiativ og som ikke orket eller mestret noe annet enn å eksistere. Etter en tid endrer han synet på seg selv, og begynner å utvikle en identitet som skoleelev. Å integrere så forskjellig virkelighetsforståelse tar tid.

8.2 Vil økte økonomiske bevilgninger være tilstrekkelig for å sikre optimal og reell brukermedvirkning?

Til slutt i denne oppgaven vil jeg diskutere hvorvidt økte økonomiske bevilgninger til psykiatrien vil sikre reell og optimal brukermedvirkning. Det er forskjell på å holde hodet over vannet, og det å drive med kvalitet. Det koster penger å sikre reell og optimal brukermedvirkning, men vil det være tilstrekkelig å gi psykiatrien mer penger?

I løpet av de siste årene har det vært mye fremme i media om at psykiatrien skal få økte økonomiske bevilgninger. Psykiatrien skal bygges ut slik at tilbudet til psykisk syke skal bli forsterket. Mer personale og en annen organisering, innebærer mest sannsynlig til at psykiatrien vil trenge mer økonomiske bevilgninger. Dersom det skal være mulig å oppnå den brukermedvirkning som er beskrevet i de overnevnte lover og stortingsmelding, vil disse bevilgningene være en nødvendighet.

Som følgende eksempel vil vise, er det lett å skjære ned på tiltak som brukerne selv ønsker når sykehuset skal spare penger:

Onsdag ettermiddag er en dag posten i utgangspunktet reiser på handletur eller reiser et sted som pasientene ønsker. Denne utflukten kan kun gjennomføres dersom det er minst tre personale på jobb. For å gjennomføre dette blir det gjerne innleid en ekstravakt på onsdagskveldene. I perioder der det er mye fravær blant de ansatte, prioriterer ledelsen å isteden flytte over en av de som skulle jobbet onsdag kveld til å jobbe en vakt der de mangler ansatte. Som et resultat av manglende økonomi til å ansette eller leie inn nok personale, faller derfor onsdagsturen bort.

For alle pasienter er ikke tilbudet som gis inne på sykehusets område tilfredsstillende nok. Det kan være flere årsaker til dette. En årsak kan være at pasienten har vært innlagt på samme sted i så mange år at han trenger andre utfordringer. En annen årsak kan være at pasienten om en tid skal skrives ut fra sykehuset og tilbake til hjemkommunen sin. En slik overflytting krever store forberedelser for de fleste pasienter. Mange pasienter har ikke bodd i hjemkommunen på flere år, og mange har ikke noe særlig nettverk å komme tilbake til. Dette krever at de får tid til å bli kjent

med det som finnes av aktiviteter og tilbud i kommunen. Dersom kommunen har tilbud om en vernet arbeidsplass, ulike brukerorganisasjoner eller et dagsenter, er dette steder pasienten kan bli kjent med. Kanskje finnes det et idrettslag han kan begynne i? For mange psykiatriske pasienter er det vanskelig å etablere nye relasjoner. For at dette skal ha større mulighet for å lykkes er det viktig at personalet fra avdelingen har tid til å følge han opp på de nye aktivitetene. Å følge en pasient til og fra ulike aktiviteter krever ressurser i form av økonomi og personale. Den reelle og optimale brukermedvirkningen kan fort bli svekket når det er få på jobb fordi det blir færre muligheter for at et personale kan ta med seg en pasient og forlate posten. Dette kan da føre til at pasienter som skal følges på for eksempel arbeid eller dagsentre som ligger i hjemkommunen ikke kan få følge like vel. Mange pasienter tør ikke reise alene og blir derfor i stedet på sykehuset. Dette kan bidra til å forsinke tilbakeføringsprosessen til hjemkommunen.

8.2.1 Kompetanseheving av personalet

”Profesjonelle trenger teorier og teknikker for å kunne yte noe overfor de personer de møter. Slike teorier og teknikker gir dem grunnlag for håp og tro på at det de tilbyr, kan forbedre situasjonen for pasienten. Tro og håp hos behandleren/hjelperen har vist seg å være avgjørende i det som hjelper pasienten” (Borg & Topor 2003:56).

Det er ikke nødvendigvis slik at økte økonomiske midler automatisk fører til optimal og reell brukermedvirkning. For å fremme dette vil det være nødvendig med kompetanseheving hos de som jobber med pasientene. Kompetanseheving av personalet kan bare gjennomføres dersom den enkelte selv er motivert for det.

I kapittel 2.0 redegjorde jeg for viktigheten av at den profesjonelle reflekterer underveis og i etterkant av en handling. Det var dette Schön kalte ”*reflection in action*” og ”*reflection on action*” (Schön 1991:49ff). Kompetanseheving forutsetter at personale bevisstgjøres på de refleksjoner hun må foreta seg i hverdagen under sitt arbeid med pasientene. De ansatte må lære seg å analysere sin egen praksis. Miljøterapi innebærer ofte ”handlingstvang” (Linde & Norlund 2003:40). Under samhandling med pasienten oppstår det ofte uventede problemstillinger som den ansatte ikke har mulighet til å bruke lang tid til å reflektere over. Personalet må lære

å reflektere rundt sin praksis ved å stille spørsmål til hvorfor de gjør som de gjør, hva det er de gjør som fører til at de lykkes med noe fremfor noe annet. De må lære å stille spørsmål av type ”Hva er det spesifikt jeg har gjort som førte til at jeg fikk Per ut av senga?”. Ved å stille slike spørsmål blir den ansatte bevisst på hva det er hun konkret gjør i en bestemt situasjon. De ansatte må også ha en dialog med seg selv rundt det hun kjenner i seg selv i ulike situasjoner. ”Hva utløses i meg når jeg stilles overfor de og de situasjonene/problemene?” og ”Hvordan forholder jeg meg til mine egne reaksjoner?”. Ved å reflektere rundt sine egne handlinger kan hun bruke erfaringer fra det som skjedde når det oppstår lignende situasjon.

Kanskje må de ansatte også lære hvordan de snakker med pasienten, og hvordan de skal vinne pasientens tillit. Spørsmål av typen ”Hva er det som gjør at noen av de ansatte lykkes?”, ”Når fungerer det bra?”, ”Hva gjør vi når en pasient er ambivalent?”, ”Har vi samme oppfatning av hvem pasienten er, og hva han trenger?”, kan drøftes i en slik sammenheng. Andre temaer er: ”Hva gjør vi når pasienten ikke følger opp avtaler, og hva gjør vi med den tappende energitømmende følelsen når avtaler stadig brytes?”, ”Hvordan forholder vi oss til de følelsene pasienten vekker i oss”, ”Hvordan hankses jeg med min opprøddhet?”, ”Hvordan reagerer jeg?” og ”Er det noe ved min væremåte som gjør at pasienten backer ut?”.

Personalet må videre kurses i hvordan de skal utvikle tillitsforhold gjennom dialog og samarbeid, hvorfor det er viktig å legge vekt på den proksimale utviklingssonen, og hvordan de som veiledere skal lære pasientene gode læringsstrategier. Videre må behandlere lære seg å kontinuerlig stille spørsmål til hvilken læringseffekt som ligger i de ulike aktivitetene pasientene deltar i.

Avdelingen må systematisere den brede erfaringen den enkelte ansatte har. For å få til det må det settes av tid i hverdagen slik at de ansatte kan ha rom til å diskutere, og eventuelt få veiledning, til disse temaene. Disse timene må settes inn på arbeidsplanen med faste tidspunkt slik at det blir en regelmessighet på samtalene.

8.2.2 Sammensetningen av behandlere

I dag er det en overvekt av kvinnelige sykepleiere fra førti år og oppover som arbeider ved posten. Som jeg redegjorde for i kapittel 6.3.1 kan en slik homogen personalgruppe virke hemmende på utviklingen av subjekt-subjekt-relasjonen mellom pasienten og den profesjonelle. Det kan stilles spørsmål til om det kunne vært en fordel med en personalsammensetning som gjenspeiler for eksempel pasientenes alderssammensetning, interesse og kjønn. For å kunne gjennomføre dette, er det mulig at institusjonene må åpne mer opp for en bredere sammensetning av ulike yrkesgrupper. Slik det er i dag blir psykiatriske sykepleiere foretrukket innenfor psykiatriske behandlingsinstitusjoner. En hovedårsak til dette kan være at sykepleiere kan levere ut medisiner. Dette er et komplekst og vanskelig område med mye profesjonskamp.

Dersom vi skal ta utgangspunkt i at utarbeidelsen av læringsmål må ligge til grunn for at vi skal kunne si at det er reell og optimal brukervedvirkning ved institusjonen, vil det da være mest nærliggende å si at det er sykepleiere som har den høyeste kompetansen på det området? Her kan vi tenke at andre yrkesgrupper kommer inn. Spesielt lærere, eller andre yrkesgrupper med pedagogisk utdanning, har mye kompetanse på hva læring er og hvordan læring best foregår.

8.2.3 Nedleggelse av psykiatriske sykehus.

Et relevant spørsmål som bør stilles er om det i det hele tatt er mulig å se individet istedenfor pasienten på et stort psykiatrisk sykehus? Bør vi isteden legge ned de store institusjonene? Dette er en debatt som har pågått over tid. Stortingsmelding nr 25 1995-1997 viser at det har blitt færre behandlingsplasser og kortere gjennomsnittlig oppholdstid ved psykiatriske sykehus i Norge i perioden 1991-1995. De store sykehusene skal bygges ned og det skal heller satses på at pasientene skal bo i egne boliger eller på distriktpsikiatriske sentere, også kaldt DPS. Slik jeg ser det er det viktig at vi sikrer et kontinuerlig tilbud til personer med psykiske lidelser. Det er viktig for bedringsprosessen at de ikke må flytte fra institusjon til institusjon, men at de kan få tilbud om en bolig hvor de vet at de kan få bo så lenge de ønsker. På en stor

avdeling vil det alltid være andre pasienter som er mye sykere enn det de selv er. Et forslag kan derfor være at det etableres små boenheter i boligområder der det bor omlag fire personer med omtrent samme grad psykiske lidelser, og hvor det er bemanning ut fra behov. Det vil antagelig være nødvendig å etablere slike bofellesskap på tvers av kommunene da det i en kommune trolig vil være for få personer med omtrent samme grad av psykiske lidelser.

8.2.4 Økte bevilgninger til personer med psykiske lidelser

”Pengar är nyckeln till ömsediga sociala relationer” (Topor 2004:198).

Mange med psykiske lidelser opplever at de har en trang økonomi. Flere kan ikke arbeide og de mottar isteden trygd i fra staten. Mange mottar også økonomisk hjelp fra sosialkontoret. For at et individ skal kunne ta del i et normalt sosialt liv trenger han penger. På den måten blir penger av betydning for integreringen, normaliseringen og dermed bedringsprosessen til pasienten (Topor 2004:194). For personer med psykiske lidelser kan for eksempel fotball være mer enn bare en idrett. Det er også en sosial trening. Personer med fysiske handikap kan søke om penger til å dekke hjelpemidler for å klare hverdagen. Kanskje burde pasienter med psykiske lidelser få økte økonomiske midler slik at de kan ta del i aktiviteter utenfor hjemmet?

8.2.5 Den tillitsfulle alliansen er avgjørende for pasientens bedringsprosess.

Avslutningsvis vil jeg presisere at dersom brukermedvirkning skal utvikles, er det ikke tilstrekkelig med økte økonomiske bevilgninger til psykiatrien, dersom behandleren ikke bygger opp en allianse til pasienten.

Hovedforutsetningen for å utvikle en bærende, tillitsfull allianse er at behandleren ser pasienten som den han er. Jeg vil nå forsøke å systematisere de elementene jeg har reflektert rundt i denne oppgaven i forhold til hvordan behandleren kan oppnå en bærende og tillitsfull allianse med pasienten:

- Å se pasienten vil kun være mulig dersom behandleren har evnen til å se verden fra den andres ståsted.
- Behandleren må akseptere hele pasientens følelsesregister. Dette gjelder ”positive” følelser, som glede og oppstemthet, men også ”negative” følelser som sinne, tristhet og angst.
- Pasienten må oppleve at han får støtte til å utvikle sosiale nettverk.
- Pasienten må få støtte til fremtidsplanlegging og perspektivutvidelse.
- Pasienten må få mulighet til utvikling av interessefelt og læringsevne.
- Behandlerne må gi pasienter som ønsker det, praktiske råd i det daglige.
- Pasienten må få støtte til identitetsutvikling.

Det fremgår av disse elementene at de ulike bedringsprosessers målsetninger kan være svært omfattende, men det er først når en slik allianse er etablert at arbeidet med selve bedringsprosessen kan begynne.

9.0 AVSLUTNING

Avslutningsvis vil jeg forsøke å samle trådene fra de ulike tilnærmingene til hvordan optimal og reell brukermedvirkning kan fremmes. Deretter vil jeg se på hvilke konsekvenser resultatene får for praksis, før jeg skal avslutte med hvilke konsekvenser resultatene kan få for videre forskning.

Bakgrunnen for valg av problemstilling var erfaringene mine fra de årene jeg arbeidet som ekstrahjelp ved en psykiatrisk avdeling. I løpet av de fem årene jeg jobbet der har jeg hørt av mine medarbeidere, og lest i avisen, at det er viktig med brukermedvirkning i psykiatrien. Flere ganger stilte jeg meg det samme spørsmålet: Hva ligger egentlig i begrepet brukermedvirkning? På arbeidsplassen min fikk jeg etter hvert forståelsen av at de jeg jobbet sammen med mente det var full brukermedvirkning på rehabiliteringsposten vi jobbet på. Det var en påstand jeg ikke helt kunne slå meg til ro med. For meg var det noe som var feil. Jeg kunne ikke forstå at det jeg så kunne kalles brukermedvirkning. Det jeg så var mennesker på min egen alder, og eldre, som hadde vært innlagt på institusjon i flere år. Drømmen og målet for de fleste av dem var å bli så friske at de kunne flytte ut i egen leilighet. Jeg kunne ikke forstå hvordan det ville bli mulig når de år etter år tilbrakte nesten all tid inne på sykehusets område. Der inne bodde og jobbet de. Kontakten med verden utenfor sykehuset ble for mange minimal. Jeg tenkte at jo lenger en pasient bodde der, desto mindre ble muligheten for at han skulle kunne greie seg i egen leilighet. Jeg kunne ikke godta at det jeg så kunne kalles for brukermedvirkning, men samtidig kunne jeg ikke sette ord på hva det var jeg mente brøt med kriteriene for brukermedvirkning. Dette ble etter hvert et tema som opptok meg. Etter hvert bestemte jeg meg for at jeg ville finne ut mer om hva det er som ligger bak begrepet brukermedvirkning. Det har jeg nå gjort, og resultatet er denne oppgaven.

Før jeg presenterer hva jeg har kommet frem til i denne oppgaven vil jeg gjenta min problemstilling:

Hvordan kan behandlere med respekt for dialog og pasientens autonomi fremme optimal og reell brukermedvirkning på psykiatrisk avdeling?

9.1 Sammenfatning og konklusjoner

Som stortingsmelding nr 25 1996-1997 sier så skal behandlingen ta hensyn til pasienten først. Ved å skrive denne oppgaven har jeg forsøkt, ved å benytte ulik litteratur, å redegjøre for hvordan pasienten kan settes først. Dette står i kontrast til beskrivelsene av min egen praksis på en psykiatrisk avdeling, der jeg mener pasienten ikke ble satt først. Ved å benytte relevant litteratur og i tillegg refleksjoner rundt egen praksis, mener jeg å ha kommet frem til noen nødvendige punkter for hvordan pasienten kan bli prioritert.

Det er nærliggende å tenke at forandringer på grunnplanet ofte begynner når det kommer føringer ovenfra. Derfor valgte jeg, etter å ha presentert nødvendige begreper og menneskesyn, å bruke forholdsvis mye plass på å presentere ulike lover og forskrifter som gir retningslinjer for hvordan institusjonen skal legge til rette for å fremme brukermedvirkning. I min drøftelse viser jeg at det skal mer enn lover å retningslinjer til for å sikre brukermedvirkning. Jeg viste til ulike definisjoner av begrepet brukermedvirkning. Fordi jeg ikke har funnet en definisjon som jeg mener tar hensyn til både optimal og reell brukermedvirkning, argumenterte jeg for en ny definisjon som sier at: ”Brukermedvirkning er personens maksimale bidrag til egen selvstendighet. Den er syklisk. Det vil si at pasienten i perioder har behov for mindre hjelp og støtte, mens han i andre perioder trenger det mer”.

Hvordan personalet ved sykehuset ser på pasientens autonomi og selvforståelse vil være avgjørende for i hvilken grad vi kan si at det er brukermedvirkning ved avdelingen. Det å se det andre menneske som et likeverdig subjekt for videre å gå inn i en likeverdig dialog er en nødvendighet for at brukermedvirkning skal kunne oppstå. For at reell og optimal brukermedvirkning skal kunne oppnås må de ansatte se pasientens potensialer i retning fri og autonom. Pasienten må høres og få lov til å ta egne beslutninger, men jeg har også drøftet hvor reell denne friheten i realiteten kan bli. Jeg drøftet også den ønskede subjekt-subjekt-relasjonen, der jeg viste at denne relasjonen i praksis vil være vanskelig å oppnå, men jeg konkluderte med at behandlerne bør ha dette forholdet som et mål.

I den grad tillitsforholdet utvikler seg til en subjekt-subjekt-relasjon mellom pasienten og den ansatte, viste jeg at det er tid for å gå ett skritt videre i prosessen mot optimal og reell brukermedvirkning. Det må da utarbeides systematiske mål for pasientens bedringsprosess. Vi har sett at mennesket trenger mål for å se mening med tilværelsen. I praksis betyr det at pasienten må ha integrert hensikten med institusjonsoppholdet. Hvor er det han er på vei? Hvis han ikke er bevisst dette, vil oppholdet på avdelingen kunne fortone seg meningsløs. Når målene er bestemt, må de brytes ned i mindre delmål og skrives ned. Målene kan utvikles ut fra Vygotskys teori om sonen for den nærmeste utvikling. Det betyr at når målene skal utarbeides må man starte med å se på hva pasienten kan nå, og hva han er i stand til å mestre med ulike grader av hjelp. Arbeidet med å utarbeide målene må skje via dialog mellom pasienten og den aktuelle behandler.

Det jeg har beskrevet til nå var selve grunnstrukturen i oppgaven. Det var her jeg presenterte lover, forskrifter og teorier som jeg senere brukte for å drøfte hvordan behandlerne best kunne legge til rette for å fremme optimal og reell brukermedvirkning. I kapitlene som fulgte beskrev jeg hvordan en uke kan se ut ved en psykiatrisk avdeling; hvilke ulike aktiviteter pasientene tar del i og hvilke arbeidsoppgaver personale har. Deretter gikk jeg over til å drøfte konkret hvordan brukermedvirkningen kan fremmes. Dette gjorde jeg ved å beskrive hvordan jeg ser for meg en optimal uke ved avdelingen, hvordan pasientenes ulike funksjonsnivå påvirker hvilket utbytte de får av tilbudet sykehuset gir, og hvordan de ansatte konkret kan legge forholdene til rette slik at de kan fremme den gode dialogen.

Helt til slutt drøftet jeg ulike vanskeligheter psykiatrien møter på når brukermedvirkning skal fremmes. Disse vanskelighetene dreier seg om hvordan brukermedvirkning kan føre til ansvarsfraskrivelse fra sykehusets side, hvilke utfordringer personale vil møte når pasienten er ambivalent i forhold til de mål som er satt for oppholdet, og hvorvidt økte økonomiske bevilgninger til psykiatrien vil være tilstrekkelig for å sikre optimal og reell brukermedvirkning.

9.2 Hvilke konsekvenser får resultatene for praksis?

I innledningen skrev jeg at jeg tok sikte på å skrive en oppgave som skal kunne brukes som et refleksjonsgrunnlag for hvordan behandlere ved sykehuset kan samhandle med pasienten. Videre skrev jeg at et av målene med oppgaven er å formidle hvordan de ansatte, når de er sammen med pasienten må innta en metaposisjon, eller en selvrefleksivitet i forhold til egne, indre prosesser. Dette er en holdning som må integreres i den profesjonelle for at hun skal være i stand til å se det selvstendige individet i pasienten. Jeg håper, og tror, at jeg gjennom denne oppgaven har greid å belyse hvor viktig det er med refleksjon hos den ansatte. Det hjelper ikke med nye lover og mer penger til psykiatrien om de som jobber med pasienten ikke ser individet, altså subjektet. Det er først når personale ser individet i pasienten, og på likeverdig vis forholder seg til dette, at reell og optimal brukermedvirkning er til stede.

Spørsmålet det er på tide å stille nå er hvor går veien videre? Det er et spørsmål det ikke er lett å svare på. Jeg tror det viktigste er at alle som jobber innenfor psykiatrien, eller har en annen jobb knyttet opp til det å jobbe med mennesker, først og fremst bør stoppe opp og reflektere over det Schön kaller ”knowing in action”, ”reflection in action” og ”reflection on action”. Vi bør tenke over den tause kunnskapen som ligger automatisert i oss som vi bare gjentar kanskje over mange år uten at vi stiller spørsmål til hvorfor vi gjør som vi gjør. Hvilke automatiserte handlingsmønstre stenger for utviklingen av forholdet til pasienten? Kanskje er det på tide å forandre våre egne handlingsmønstre?

9.3 Hvilke konsekvenser får resultatene for videre forskning?

Som det ble redegjort for innledningsvis er det ikke skrevet så mye om brukermedvirkning i psykiatrien. I denne oppgaven har jeg drøftet ulike tilnærminger behandlere kan ta i bruk for å fremme reell og optimal brukermedvirkning. Dersom vi ønsker å få større innsikt i hvorvidt slike tilnærminger kan gi positive resultater for pasienter og personale over tid, må det foretas systematiske oppfølgingsstudier. Videre bør det forskes mer innenfor hvert enkelt område av de ulike

tilnærmingsteoriene basert på systematisert klinisk erfaring. Det være seg selvforståelsesteori, dialogteori og målorienteringsteori. Det kan forskes på hvordan de ulike dialogiske tilnærmingene virker i forhold til hvordan behandlere skal nærme seg pasienter med ulike psykiske lidelser som angst og schizofreni.

10.0 LITTERATURLISTE

- Berg N.B.J. (2002): *Blåmann. Ung psykisk lidelse – familiens smerte*. Oslo. Aschehoug & Co.
- Borg. M. (2003): En brukerorientert praksis. I: Borg. M & Topor. A. (red). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Buber, M. (2003): *Jeg og du*. Oslo: De norske Bokklubbene.
- Bråten, I. (1998): "Om Vygotskys liv og lære." I Bråten, I. (red): *Vygotsky i pedagogikken*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag as.
- Bøe, T.D & Thomassen, A. (2003): *Mot en mer menneskelig psykiatri – fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Crain, W. (1992): *Theories of development. Concepts and Applications*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Egidus. H. (2002): *Psykologisk leksikon*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Evenshaug, O. & Hallen, D (2000): *Barne og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om individuelle planer (2001). Det Kongelige Sosial- og Helsedepartement
- Frankl. V.E. (1974): *Kjempende livstro*. Oslo: Gyldendal norsk forlag
- Freire. P. (2002): *De undertrykte pedagogikk*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Gelso. C. & Fretz. B. (2001): *Counseling Psychology*. Belmont: Thomson Learning Academic Resource Center.

Gullestad, S.E. (1992): *Å si fra. Autonomibegrepet i psykoanalysen*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Haram, A. (2004): *Dialogens kraft - Når tanker blir stemmer*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Haugsgjerd, S. Jensen, P. Karlsson, B. & Løkke, J.A (2004): *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Illich, I. (1980): *Retten til nyttig arbeidsledighet og dens profesjonelle fiender*. Trondheim: Regnbueforlaget.

Imsen, G. (1997): *Elevens verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: TANO A.S

Kjeldstadli, K. (2003): *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lie, I. (2001): *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Linde, S. & Norlund, I. (2003): *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialhelsetjenesteloven)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldrens?usr/www/lovdata/all/hl-19911213-081.html>

Dato 20.12.2004

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldrens?usr/www/lovdata/all/hl-19990702-063.html>

Dato 20.12.2004

- Nygård, R. (2000): *Aktør eller brikke? – om menneskers selvforståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.
- Schaffer, H.R. (2001): *Social udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schibbye, A.L.L. (1998): "Å bli kjent med seg selv og den andre: om selvrefleksivitet og undring i dialektisk relasjonsteori." I: Andersen, A.J.W. & Karlsson, B. (red): *Psykisk i endring – Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Schön, D.A (2002): *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Aldershot: Ashgate, Arena
- Seikkula, J. (2002): *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Simonsen, T.G (2003): "Innledende essay." i: *Jeg og du*. Buber, M. Oslo: De norske Bokklubbene.
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999): *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*.
- Taule, R. (1992): *Escolas Ordbok*. Escola forlag
- Topor, A. (2004): *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Topor, A: *Ovenpå igjen – lang*. Artikkel tatt fra internett 14.06.2005
<http://www.socialpsykiatri.dk>
- Vatne, S. (1998): *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Vygotsky, L.S. (1978): *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Vygotsky, L.S. (1999): "Interaksjon mellom læring og utvikling." i: Dale, E.L. (red): *Skolens undervisning og barnets utvikling. Klassiske tekster*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Ørstavik, Sunniva (1995): *Hjelp et dilemma. Om pasienters medvirkning i behandling*. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi. UIO.